

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1900

THÈSE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 20 Décembre 1900, à 1 heure

Par GEORGES LABEYRIE

Né à Saint-Martin-de-Ré, le 2 mai 1877

Ancien Interne des Hôpitaux de Nantes

Lauréat *bis* de l'École de Médecine de Nantes (1895), Prix Malherbe (1897)

Médaille d'argent du Ministère de l'Intérieur (Belle-Ile, 1897)

LA TUBERCULOSE DU PUBIS

ET

de la Symphyse pubienne

Président : M. GUYON, professeur.

Juges : MM. LE DENTU, professeur.

SCHWARTZ

RÉMY

} *agrégés.*



NANTES

R. GUISTHAU, A. DUGAS Succ^r, IMPRIMEUR-ÉDITEUR

5 & 6, QUAI CASSARD, 5 & 6

1900

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. BROUARDEL.
Professeurs	MM.
Anatomie	FARABEUF.
Physiologie	Ch. RICHEL.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ N.
Pathologie chirurgicale	{ HUTINEL.
Anatomie pathologique	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale	BERGER.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	LANDOUZY.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale	H. BRISSAUD.
	CHANTEMESSE.
	JACCOUD.
Clinique médicale	{ HAYEM.
	{ DIEULAFOY.
	{ DEBOVE.
Clinique des maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	FOURNIER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies nerveuses	RAYMOND.
	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique chirurgicale	{ TILLAUX.
	{ TERRIER.
Clinique ophtalmologique	PANAS.
Clinique des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	{ PINARD.
	{ BUDIN.

Agrégés en exercice

MM.	MM.	MM.	MM.
ACHARD.	DUPRÉ.	LEPAGE.	THIERY.
ALBARRAN.	FAURE.	MARFAN.	THIROLOIX.
ANDRE.	GAUCHER.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BONNAIRE.	GILLES DE LA TOURETTE	MENETRIER.	VAQUEZ.
BROCA (Auguste).	HARTMANN.	MÉRY.	VARNIER.
BROCA (André).	HEIM.	RÉMY.	WALLICH.
CHARRIN.	LANGLOIS.	ROGER.	WALTHER.
CHASSEVANT.	LAUNOIS.	SEBILEAU.	WIDAL.
Pierre DELBET.	LEGUEU.	TEISSIER.	WURTZ.
DESGREZ.	LEJARS.		

Chef des travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES AMIS

A MES MAITRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS

DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

A MES MAITRES DANS LES HÔPITAUX

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS

DES HOSPICES CIVILS DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUYON

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris

Chirurgien de l'Hôpital Necker

Membre de l'Institut (Académie des Sciences)
et de l'Académie de Médecine

Officier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

La tuberculose isolée du pubis ou du pubis et de la symphyse pubienne est une affection rare. Nous avons eu la bonne fortune d'en observer un cas, d'un diagnostic particulièrement difficile, dans le service du docteur Heurtaux, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, au mois de juillet 1900. Des recherches bibliographiques que nous fîmes à cette époque, nous permirent de constater qu'il n'existait aucune monographie traitant de cette affection. C'est alors que l'idée nous vint d'en faire le sujet de notre thèse de doctorat.

Nous avons été aidé dans notre tâche par M. le professeur de clinique chirurgicale Heurtaux, qui a bien voulu nous communiquer une observation qu'il avait prise lui-même sur un cas analogue et par M. le professeur suppléant de clinique chirurgicale Vignard, qui a bien voulu nous adresser une malade qu'il avait opérée autrefois pour la même affection : nous les en remercions bien vivement.

Au moment de terminer nos études et de quitter cet Hôtel-Dieu où nous avons vécu des années, hélas ! trop courtes, nous tenons à remercier MM. les Professeurs de l'École de Médecine de Nantes, MM. les Médecins et Chirurgiens des Hôpitaux qui furent nos maîtres.

Ce n'est point pour obéir à l'usage, mais pour répondre à nos sentiments intimes que nous tenons à assurer ici de notre gratitude M. le docteur Hervouët, professeur de clinique

médicale, que nous avons pu apprécier tour à tour comme interne et comme malade ; MM. les docteurs Crimail, Bertin, Urbain Monnier, dont nous avons eu l'honneur d'être l'interne.

Dès notre début dans la carrière médicale, nous nous sommes senti attirer par la chirurgie. Tous nos maîtres nous ont fait le meilleur accueil et nous ont prodigué leurs conseils. Que MM. les docteurs Heurtaux, Joûon, Poisson, Malherbe, Vignard, Bureau, qui nous ont appris à aimer l'art chirurgical, en nous montrant les résultats que l'on peut en attendre, reçoivent ici tous nos remerciements.

M. le docteur Guilbaud fut pour nous un chef de clinique savant et affable ; nous ne l'avons pas oublié.

Nous avons été pendant dix-huit mois aide de clinique ophtalmologique du docteur Teillais : nous avons pu profiter de sa grande expérience et nous initier, sous sa direction, à l'étude des affections oculaires : nous l'en remercions vivement.

Que M. le professeur Guyon, qui a bien voulu perdre un peu de son temps si précieux pour venir présider notre thèse, reçoive l'assurance de toute notre gratitude.

CHAPITRE PREMIER

Région pubio-périnéale antérieure

Avant d'entamer la partie anatomo-pathologique et clinique du sujet que nous avons choisi, nous croyons qu'il est bon de donner, en quelques notes rapides, un aperçu de la région où se passent les phénomènes morbides que nous nous proposons de décrire. Nous le ferons d'ailleurs sans prétendre à aucune originalité, nous contentant de suivre les sentiers battus et de répéter les descriptions généralement admises.

Le terme de région pubio-périnéale, que nous inscrivons en tête de ce chapitre, n'est point tout à fait un néologisme. Richet, dans son *Traité pratique d'anatomie médico-chirurgicale*, décrit une région pubio-pénienne, et se plaint, à juste titre, des divergences entre anatomistes et des différents sens accordés aux mots périnée antérieur, périnée postérieur. Il n'est pas loin de rattacher à la description de la région pubio-pénienne celle du périnée antérieur. Quant à nous, nous pensons qu'il est difficile de détacher la description des muscles et aponévroses superficielles du périnée antérieur, de celle des branches ischio-pubiennes qui en forment le cadre et le support osseux.

Cette région pubio-périnéale antérieure est limitée en haut par une ligne horizontale passant par les épines du pubis ; en

bas et en arrière, par une ligne reliant les deux tubérosités ischiatiques et répondant profondément au bord postérieur du transverse superficiel ; sur les côtés, par une ligne brisée passant un peu en dehors des épines pubiennes et descendant parallèlement à la symphyse, jusqu'au niveau de la surface angulaire du pubis. Sur le vivant, cette ligne est assez bien marquée par le relief que forment les insertions ligamenteuses du pectiné, du moyen et du petit adducteur, lorsque le membre est en abduction. Au niveau du point correspondant à la partie inférieure de la surface angulaire du pubis, cette ligne s'infléchit à angle obtus pour se porter en dehors et en bas en suivant le bord inférieur de la branche descendante du pubis et de la branche ascendante de l'ischion.

Sur le vivant debout ou sur un bassin en place revêtu de ses parties molles, doublée d'un pannicule graisseux abondant, et masquée par l'insertion de la verge et des bourses ou la saillie des grandes lèvres, la région qui répond à la partie pubienne est légèrement oblique en bas et en arrière et presque verticale ; tandis que la région périnéale fuit en arrière et est presque horizontale. Sur le bassin osseux, au contraire, la symphyse pubienne est inclinée de 60° environ sur la verticale, si nous en croyons Charpy qui l'a mesurée sur 116 cadavres ; tandis que les branches descendantes du pubis et ascendantes de l'ischion conservent à peu près leur direction, qui est assez proche de l'horizontale.

Le cadre osseux de la région pubio-périnéale antérieure est constitué par les branches du pubis, unies à celles de l'autre côté par la symphyse pubienne et par les branches ascendantes de l'ischion. L'os coxal qui forme chez l'adulte un os unique, est, en réalité, composé, dans les premières années

de la vie, par trois os : l'ilion, le pubis et l'ischion qui viennent se souder au niveau de la cavité cotyloïde. Chez l'adulte, il reste toujours des vestiges de cette soudure, si bien que la description du pubis et de l'ischion peut se séparer facilement de celle du reste de l'os coxal.

A eux deux, le pubis et l'ischion forment la branche inférieure de l'hélice iliaque de Poirier, branche échancrée largement par le trou obturateur. Nous y décrirons rapidement deux faces et deux bords.

Face externe. — La face externe forme le pourtour du trou obturateur à la constitution duquel entrent, pour une part à peu près égale, les deux demi-anneaux du pubis et de l'ischion. La circonférence du trou ischio-pubien est formée par les bords tranchants de ces deux os. En haut, cette circonférence s'écarte, suivant la comparaison très juste de Poirier, en deux branches parallèles comme s'écartent les branches d'un anneau brisé pour recevoir une clef. De cet écartement, résulte une gouttière osseuse, la gouttière sous-pubienne, transformée en canal par la membrane obturatrice.

Partie d'un renflement du sourcil cotyloïdien, la branche dite horizontale du pubis se dirige en dedans vers la ligne médiane pour se couder bientôt à angle aigu et se porter presque horizontalement en arrière et en dehors (branche descendante). Une lame osseuse assez large et quadrilatère se trouve au niveau de la coudure, au point de réunion des deux branches du pubis : c'est la surface angulaire du pubis appelée aussi improprement corps du pubis, le corps se trouvant au point d'insertion du pubis sur le cotyle.

La branche horizontale du pubis est prismatique et triangulaire, plus volumineuse au niveau de la cavité cotyloïde :

elle offre un bord supérieur saillant et rugueux, dit surface pectinée, et sur laquelle s'insère le pectiné. Ce muscle étalé, assez puissant, s'insère aussi sur la face antérieure du ligament de Cooper, pour se porter ensuite en bas, en dehors et en arrière, en subissant un mouvement de torsion, et se fixer sur la crête moyenne de la ligne âpre, au niveau de sa trifurcation. Le bord inférieur de la branche horizontale du pubis part de la corne cotyloïdienne inférieure pour se terminer par un renflement pyramidal : l'épine pubienne. Le bord postérieur mince et tranchant est échancré par la gouttière sous-pubienne.

La face externe de la surface angulaire et de la branche descendante du pubis regarde en bas et en dehors : elle est martelée par les insertions de l'obturateur externe, des premier et deuxième adducteurs. Le premier adducteur ou adducteur moyen va par un trajet très oblique se fixer à la partie moyenne de la lèvre interne de la ligne âpre. Le deuxième adducteur ou petit adducteur va s'insérer lui aussi sur la ligne âpre en dehors du moyen adducteur.

La branche descendante du pubis et la branche ascendante de l'ischion se soudent assez tard, ainsi que nous le verrons tout à l'heure : on voit souvent comme vestiges de leur soudure une ligne rugueuse sur les faces de ces deux os ou des encoches sur leurs bords.

Les faces externes de la branche ascendante de l'ischion et de la branche descendante du pubis donnent insertion aux muscles grand adducteur, droit interne et obturateur externe. Le muscle droit interne, que suivent souvent les abcès ossifluents d'origine pubienne, s'insère, ainsi que nous venons de le voir, sur la face antérieure du pubis tout près

de la symphyse, en dedans du moyen et du petit adducteurs, ainsi que sur le tiers antérieur de la lèvre externe du bord inférieur de la branche ischio-pubienne. Aplati et rubané, il descend le long de la face interne de la cuisse pour se terminer par un tendon cylindrique à la partie supérieure de la face interne du tibia.

Le trou ischio-pubien est triangulaire chez l'homme ; chez la femme il est ovalaire, à angles arrondis. Une membrane fibreuse, dont les plus forts trousseaux s'insèrent sur le pourtour de sa circonférence, au niveau du sourcil cotyloïdien, le ferme et forme un canal au niveau du trou sous-pubien pour donner passage aux nerfs et vaisseaux obturateurs.

Face interne. — De la face interne du pubis et de l'ischion, nous dirons peu de choses. Nous y voyons : 1° une surface quadrilatère lisse, répondant à la cavité cotyloïde et dont la partie supérieure donne insertion à l'obturateur interne ; 2° la partie postérieure de la gouttière sous-pubienne ; 3° le reste du cadre osseux fourni par le pubis et l'ischion et circonscrivant le trou obturateur.

Bord antérieur. — Il va de l'éminence ilio-pectinée à la symphyse pubienne. Il est formé par la surface pectinéale déjà décrite, sur laquelle s'élève l'épine du pubis donnant insertion, par une de ses faces, à l'arcade crurale et, par l'autre, au grand droit de l'abdomen.

Bord inférieur. — Il commence au sommet de l'angle pubien où il se rencontre avec le bord antérieur. De là, il se dirige en bas et en arrière, après s'être élargi en une surface elliptique, légèrement mamelonnée, qui n'est autre que la surface symphysaire. Au delà de cette surface, il se dirige en dehors et

en arrière pour aboutir à la tubérosité de l'ischion. Il est alors de plus en plus large et rugueux pour donner insertion aux corps caverneux et à leurs muscles, au transverse du périnée, au droit interne et au grand adducteur de la cuisse.

Symphyse pubienne. — De tous temps, la symphyse pubienne et les modifications qu'elle subit pendant la grossesse ont intéressé les anatomistes : Ambroise Paré, Hunter, Riolan l'ont étudiée dans leurs ouvrages. Il faut cependant remonter au mémoire de Tenon, à l'Institut, en 1774, pour trouver une description complète de la symphyse pubienne avec les différentes formes qu'elle peut présenter.

L'importance d'une connaissance approfondie de l'anatomie de la symphyse pour pratiquer l'opération de Sigault ou symphyséotomie, est venue donner un regain d'actualité à la question. Il semble résulter des recherches récentes que la symphyse peut aller de la symphyse parfaite à l'arthrodie parfaite.

Poirier, dont les recherches portent sur vingt-deux sujets âgés, des deux sexes, a trouvé quinze fois le type symphyse et sept fois seulement le type arthrodie. D'après Lushcka, au contraire, le type arthrodie serait le plus fréquent et cela est peut-être vrai pour la femme, surtout pendant la période génitale.

Les surfaces articulaires en présence ont un grand axe antéro-postérieur, oblique en arrière et en bas : elles mesurent environ 35 à 40 millimètres dans le grand axe et 15 millimètres dans le petit. Chez la femme, la symphyse, plus haute et plus épaisse, a 50 millimètres de hauteur dans le grand axe sur 23 d'épaisseur au niveau du bourrelet (Farabœuf).

Cette surface, légèrement mamelonnée, surtout en son centre, donne insertion à un cartilage d'encroûtement, peu épais en général ; autour de cette surface d'encroûtement, une zone osseuse, un peu rugueuse, où s'insèrent les ligaments interpubiens.

Dans le type arthrodie, on a deux surfaces pubiennes recouvertes de cartilage hyalin d'encroûtement avec un fibro-cartilage allant d'une empreinte d'insertion à l'autre. Ce fibro-cartilage, plus épais en avant qu'en arrière, limite avec les cartilages une cavité centrale très étroite de 2 à 3 millimètres environ.

Dans le type symphyse, plus de cartilage hyalin, seulement un fibro-cartilage assez facile à désinsérer et appliqué directement sur les surfaces osseuses ; souvent, pas de cavité centrale, ou bien une cavité constituée par une fente médiane remplie parfois d'une matière jaunâtre.

Les moyens d'union des pubis sont le fibro-cartilage déjà décrit, et des ligaments surtout résistants en avant et en bas.

Le ligament antérieur, très fort (10, 8, 6 millimètres d'épaisseur), est formé par l'entre-croisement des fibres d'insertion des droits, des pyramidaux, du grand oblique, des adducteurs, du droit interne ; puis, plus profondément, par le passage des fibres du périoste qui vont d'un pubis à l'autre.

Le ligament postérieur est constitué presque exclusivement par le périoste renforcé par quelques faisceaux fibreux.

Souvent il présente de petits hiatus par où rentrent et sortent des lobules graisseux, quand on rapproche ou écarte les pubis.

Le ligament supérieur est constitué lui aussi par le périoste.

Le ligament inférieur est le plus fort de tous : c'est le ligamentum arcuatum constitué par de forts faisceaux fibreux entre-croisés d'un pubis à l'autre.

Les rapports de la symphyse pubienne sont intéressants à connaître. Farabœuf, qui a minutieusement étudié la symphyse pubienne chez la femme, surtout au point de vue opératoire, nous donne de précieux renseignements sur la vascularisation de la symphyse. Pour aborder la face antérieure de l'os, dit-il, on trouve en haut beaucoup de graisse, peu ou point de vaisseaux importants ; en bas, beaucoup de fibres élastiques (ligament suspenseur du clitoris). Du côté du bassin, nombreuses mais grêles arçades artérielles et veineuses dépendant des rameaux publiens des vaisseaux obturateurs et des rameaux sus-pubiens des vaisseaux épigastriques. Dans le voisinage, veines uréthrales, vésicales et dorsales du clitoris.

De la face antérieure de la vessie, une mince aponévrose descend, qui couvre les veines, va se jeter sur l'urèthre en passant sous le ligamentum arcuatum sans y adhérer, et se termine sur le dos du clitoris. Entre cette toile protectrice en arrière et la symphyse en avant, au-dessous et en arrière, se trouve la voie sous-symphysienne.

Dans sa partie antérieure, le bord supérieur de la symphyse répond aux tendons des droits et des pyramidaux et entre ces derniers à un triangle fibreux formé par l'attache inférieure de la ligne blanche ; en arrière, il est libre.

La face postéro-supérieure de la symphyse répond à la paroi antéro-inférieure de la vessie qui repose sur elle. Elle en est séparée par la mince trame celluleuse dont nous parlions tout à l'heure.

Par son bord supérieur, la symphyse pubienne est en rapport avec la cavité de Retzius : cette cavité au sujet de laquelle disputent encore les anatomistes. D'après la plupart cependant, cette cavité est limitée : en avant, par la face profonde du fascia transversalis celluleux ou feuillet postérieur de la gaine des droits ; en arrière, par l'aponévrose ombilico-vésicale ; latéralement, elle s'étend entre la paroi abdominale et pelvienne d'une part, la vessie et l'aponévrose ombilico-visécale d'autre part. En bas, elle est limitée par le méso de l'artère ombilicale ; d'après Paul Delbet, elle se prolongerait en haut et communiquerait avec l'espace sous-péritonéal.

Cette cavité de Retzius est une cavité virtuelle remplie de tissu cellulaire lâche et plus ou moins chargé de graisse. D'après le professeur Heurtaux, de Nantes, et plusieurs autres anatomistes, il y aurait réellement là une cavité libre et une véritable bourse séreuse prévésicale, dont le professeur Guyon a publié plusieurs cas d'hygroma. Cette cavité serait divisée en deux loges par une cloison transversale : une loge inférieure, la cavité de Retzius proprement dite, et une loge supérieure : la loge sous-ombilicale pouvant être le siège de phlegmons particuliers.

Périnée antérieur. — Nous passerons rapidement sur l'anatomie du périnée antérieur sans nous arrêter à la discussion des différentes théories données au sujet de son système aponévrotique ; insistant seulement sur les particularités qui pourront nous servir au point de vue clinique et opératoire.

Nous prendrons pour type de notre description le périnée de l'homme. Le périnée dans son ensemble a la forme d'un

losange séparé en deux triangles à peu près égaux par la ligne bi-ischiatique. En prenant pour point de repère le ligament de Carcassonne ou aponévrose moyenne du périnée, on peut diviser le périnée en trois étages :

1° L'étage inférieur, comprenant les tissus situés au-dessous de l'aponévrose moyenne.

2° L'étage moyen, qui n'est pas admis, d'ailleurs, par tous les anatomistes et qui est compris dans le dédoublement de cette aponévrose moyenne.

3° L'étage supérieur, comprenant le releveur de l'anus.

Les deux étages inférieur et moyen du périnée antérieur lui appartiennent en propre ; l'étage supérieur, au contraire, constitué par le releveur de l'anus et son complément l'ischio-coccygien, lui est commun avec le périnée postérieur. Le releveur de l'anus, dit Laugier, fortement constitué, ferme à lui seul toute la partie inférieure du bassin : il constitue le vrai diaphragme. Il ne s'interrompt que sur la ligne médiane pour laisser passer la vessie, la prostate, l'urèthre. Il y a donc en avant un point faible : il est comblé par le ligament de Carcassonne, d'où le nom de plancher uro-génital que lui donne Farabœuf.

La loge inférieure va du feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne à la peau. En disséquant cette région couche par couche on trouve d'abord :

1° La peau.

2° Le tissu cellulaire sous-cutané, compris entre le fascia superficialis et un autre fascia que Velpeau décrit sous le nom de feuillet ano-scrotal. C'est dans cette couche que rampent, parallèlement à la branche ischio-pubienne, l'artère

superficielle du périnée, le rameau fémoro-périnéal et le filet périnéal superficiel du nerf honteux.

3° Une aponévrose mince et peu résistante, l'aponévrose périnéale superficielle qui occupe l'espace angulaire circonscrit par les deux branches ischio-pubiennes. Les bords latéraux s'attachent à gauche et à droite sur la lèvre antérieure de la branche ischio-pubienne. Son sommet se continue en avant de la symphyse avec l'enveloppe fibreuse du pénis. La base va d'un ischion à l'autre. En arrière, d'après Denonvilliers, elle se réfléchirait en haut pour se continuer avec le feuillet inférieur de l'aponévrose moyenne.

4° Une loge limitée en haut et en arrière par l'aponévrose moyenne ; en bas par l'aponévrose superficielle ; moins bien limitée en avant où elle se continue sans démarcation bien nette avec le tissu cellulo-adipeux péri-pénien. On trouve dans cette loge : en avant et latéralement, les racines des corps caverneux recouvertes par les muscles ischio-caverneux ; sur la ligne médiane, le bulbe de l'urèthre et les muscles bulbo-caverneux ; en arrière les muscles transverses du périnée.

La loge moyenne du périnée est comprise tout entière dans un dédoublement de l'aponévrose moyenne. Celle-ci se présente, sous forme d'une lame triangulaire tendue entre les deux lèvres internes du bord inférieur, des branches ischio-pubiennes. Son sommet, tourné du côté de la symphyse, se continue avec le ligament sous-pubien ; sa base répond à la ligne bi-ischiatique. Sur une coupe sagittale et verticale, cette aponévrose apparaît composée de deux feuillets, l'un supérieur, l'autre inférieur, séparés l'un de l'autre par une couche fibro-musculaire, décrite par Henlé sous le nom de transverse profond du périnée. L'ensemble des deux couches

aponévrotiques et de la couche musculaire a environ un centimètre d'épaisseur : elle est plus haute en arrière qu'en avant.

Dans l'épaisseur de l'aponévrose passe l'artère honteuse interne, qui émet, à trois centimètres environ en avant de l'anus, une collatérale importante : la transverse profonde du périnée, qui va se jeter sur la partie postérieure du bulbe. L'artère honteuse interne est accompagnée de ses veines satellites et du nerf dorsal de la verge.

L'idée la plus généralement admise au sujet des aponévroses du périnée est la description un peu schématique de Denonvilliers. D'après lui, à sa partie postérieure, le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne se relève pour longer le bord postérieur de la prostate et former l'aponévrose prostatopéritonéale, tandis que ses bords latéraux se perdent dans le tissu cellulaire de l'excavation. Le feuillet inférieur, au contraire, contourne le bord postérieur du transverse superficiel pour venir se souder au bord postérieur de l'aponévrose superficielle.

D'après Farabœuf, la division en loges ne serait pas aussi nette que le prétend Denonvilliers. Quénu, Gross, Holl, Henlé ont eux aussi battu en brèche la théorie de Denonvilliers, mais en discutant surtout le rôle et même l'existence du muscle de Guthrie ou transverse profond.

Nous conserverons la théorie schématique de Denonvilliers, vraie dans son ensemble, comme étant la plus commode et bien suffisante au point de vue clinique.

La face inférieure de l'aponévrose moyenne répond :

1° Au muscle transverse superficiel.

2° Sur les côtés, aux racines des corps caverneux et aux muscles ischio-caverneux.

3° Sur la ligne médiane au bulbe de l'urèthre.

La face supérieure de cette même aponévrose répond :

1° Au muscle de Wilson.

2° Au sphincter externe de l'urèthre.

3° Aux plexus de Santorini et à la prostate qui reposent sur elle.

L'étage supérieur du périnée est compris entre le releveur de l'anus doublé de son aponévrose et le feuillet supérieur de l'aponévrose moyenne : nous n'en dirons rien car il n'offre aucun intérêt au point de vue particulier qui nous occupe.

Le périnée de la femme offre dans ses grandes lignes la même disposition que le périnée de l'homme, avec cette différence que son plancher est largement échancré en avant par le vagin ; que l'aponévrose moyenne est réduite à deux bandes latérales longeant les branches ischio-pubiennes. Les muscles ischio-caverneux sont remplacés par les muscles ischio-clitoridiens, moins puissants et moins développés. Les muscles bulbo-caverneux sont représentés par les deux moitiés du constricteur de la vulve, recouvrant les bulbes du vagin.

CHAPITRE II

Étiologie et pathogénie de la tuberculose symphyséo-pubienne

Lorsque l'on cherche à pénétrer les causes intimes d'une affection quelconque, l'on est, en général, assez vite arrêté, et, nos connaissances sur ce point, sauf pour quelques maladies microbiennes privilégiées, se bornent, la plupart du temps, à l'énumération de quelques causes banales, applicables à tous les états pathologiques. La tuberculose en général, et la tuberculose du pubis en particulier ne font point exception à cette règle. Les conditions étiologiques qui la déterminent semblent être les causes ordinaires de la tuberculose articulaire ou osseuse.

Il n'y a qu'une seule cause indispensable à la production de la tuberculose osseuse, c'est l'introduction du bacille de Koch dans l'économie, que cette introduction se fasse par voie pulmonaire, digestive ou cutanée.

Il semble aussi qu'il faille à ce bacille certaines qualités : un bacille trop virulent ne cause pas de lésions osseuses, mais plutôt des lésions viscérales, si nous en croyons les expériences de Courmont et Dor. Avec des bacilles provenant de tumeurs blanches ou de tubercules osseux, ils ont reproduit expérimentalement des lésions articulaires ou osseuses,

alors qu'ils n'y parvenaient pas en employant des bacilles très ou fortement virulents. Une autre condition, c'est que le virus soit en quantité assez minime.

Les causes générales préparant les os ou les articulations d'un sujet à l'invasion du bacille de Koch sont :

1° L'âge. Les tuberculoses articulaires ou osseuses sont surtout l'apanage des enfants et des adolescents. Nous verrons plus tard que ce n'est pas toujours vrai pour la tuberculose du pubis, à moins que l'on entende par adolescent un individu chez lequel tous les organes ne sont pas encore arrivés à leur complet développement.

2° Le milieu. Les climats froids et humides fournissent le plus fort contingent. Les grandes agglomérations, le séjour prolongé dans des pièces mal aérées, où sont en suspension des poussières chargées de germes pathogènes, le contact prolongé avec des tuberculeux, sont des causes éminemment prédisposantes.

3° Un affaiblissement de l'organisme par les maladies antérieures, mettant le sujet en état de moindre résistance, favorable au développement des affections et infections secondaires et en particulier au développement de la tuberculose.

4° L'hérédité, et en particulier l'hérédité de prédisposition : cet état spécial que les anciens cliniciens décrivaient avec tant de soin sous le nom de tempérament scrofuleux.

Voilà pour les causes générales. Parmi les causes locales, nous citerons l'influence de la structure du tissu osseux, tissu composé de deux parties bien distinctes : d'abord de la moelle, partie éminemment vivante et jouant un rôle important dans l'économie ; puis d'une partie organique : les trabécules osseuses. C'est en se basant sur cette texture du tissu osseux

que C. Mauclaire a élaboré une théorie ingénieuse pour expliquer la prédilection de la tuberculose pour les os. Reprenant dans sa thèse inaugurale une opinion déjà émise, il a montré les altérations fréquentes de l'appareil lymphatique par la tuberculose. Puis il s'est efforcé de démontrer que la moelle osseuse est un organe moitié lymphatique et moitié sanguin ; d'où cette conclusion inattendue, mais cependant très vraisemblable, que l'ostéo-tuberculose n'est qu'une adéno-tuberculose.

Un autre facteur de tuberculose, c'est le traumatisme. Son influence lorsqu'il s'agit, dans un organisme déjà en puissance d'infection, de déterminer le point où se développeront les lésions n'est niée par personne. Depuis longtemps déjà on connaissait cette particularité par la simple observation des faits, avant que les expériences de Max Schuller ne l'aient démontrée d'une façon péremptoire. Si l'on admet que le système lymphatique puisse recéler pendant très longtemps des bacilles sans que rien permette de le soupçonner ; si l'on admet, comme l'ont prouvé les recherches de Strauss, que l'homme, même en bonne santé, soit presque toujours porteur de bacilles de Koch, on comprend l'importance que peut revêtir, dans certains cas, cette influence traumatique et qu'elle suffise à elle seule à expliquer la présence de foyers tuberculeux isolés, alors que le reste de l'organisme paraît sain et qu'il semble impossible de trouver la porte d'entrée.

La tuberculose du pubis n'est pas fréquente. D'après Nélaton, les os le plus souvent frappés sont, par ordre décroissant de fréquence :

1^o Les vertèbres ;

2^o Le tibia, le fémur et l'humérus ;

3° Les phalanges des doigts, les métacarpiens ou les métatarsiens ;

4° Le sternum, les côtes, l'os iliaque ;

5° Les os du tronc ;

6° Le rocher ;

L'os iliaque tout entier n'occupe que le quatrième rang dans ce tableau et la tuberculose du pubis est la moins fréquente des localisations de la tuberculose sur cet os.

Wisard, sur 86 cas de tuberculose de l'os iliaque, trouva des lésions :

30 fois sur l'os iliaque ;

20 fois sur le sacrum ;

9 fois sur le coccyx ;

9 fois sur l'ischion ;

5 fois sur le pubis ;

3 fois sur l'articulation sacro-iliaque et l'ilion ;

2 fois sur l'épine sciatique ;

1 fois sur le pubis et l'ischion ;

2 fois sur le sacrum et le coccyx ;

5 fois sur le bassin en général.

Nous trouvons l'explication de ce fait dans les paroles de Charpy : « Le tubercule ne s'accommode ni des organes qui sont trop vasculaires, ni de ceux qui le sont trop peu ». Or, c'est un peu le cas du pubis d'être trop peu riche en tissu spongieux qui remplit toutes les conditions précitées. L'os compacte forme en effet au niveau du pubis, deux lames épaisses, entre lesquelles le tissu aréolaire est un peu étouffé.

Une autre cause de la rareté relative de la tuberculose de l'os iliaque est le rôle même qu'il joue dans l'économie.

Somme toute, ce sont surtout les os longs, siège d'une ostéogénèse plus active, plus exposés aux traumatismes, aux pressions, qui sont frappés. Or, les os du bassin sont des os plats.

Les causes qui régissent la fixation des lésions bacillaires sur les os longs sont bien connues maintenant. D'après Lannelongue et Ollier, la tuberculose se développerait :

1° Dans l'épiphyse la plus comprimée par le fonctionnement du membre et la plus mobile ;

2° Dans l'épiphyse la plus petite, celle qui est la plus vasculaire ;

3° Dans l'épiphyse qui apparaît la première.

Ces remarques applicables aux os longs ne le sont pas en tous points aux os plats. Les points d'élection des lésions tuberculeuses y sont régis par des règles un peu différentes.

Il est nécessaire pour cela de revenir un peu à l'embryologie et de rappeler le développement de l'os iliaque. L'os iliaque se développe par douze points d'ossification : trois primitifs et neuf complémentaires. Les points primitifs sont :

1° Le point iliaque qui apparaît du cinquantième au soixantième jour de la vie intra-utérine et forme l'ilion.

2° Le point ischiatique qui apparaît au quatrième mois de la vie intra-utérine et forme l'ischion.

3° Le point pubien qui apparaît vers le quatrième mois de la vie intra-utérine et forme le pubis.

A la naissance, ces trois points sont encore distincts : ils convergent les uns vers les autres au fond de la cavité cotyloïde où ils ne sont séparés que par trois bandes cartilagineuses en forme d'Y.

Trois points finissent de modeler le fond de l'acétabulum, qui se soudent aux points primitifs vers 15 ou 16 ans.

Les six autres points complémentaires se répartissent ainsi :

Deux pour l'ilion.

Deux pour le pubis (un pour l'épine, un pour l'angle). Ils apparaissent de 18 à 20 ans.

Deux pour l'ischion.

Ces six points se soudent aux primitifs de 16 à 24 ans.

Le pubis se soude à l'ischion de 20 à 22 ans. Il peut même ne jamais se souder à lui ainsi que Hyrtl en a rapporté quelques exemples.

Ces considérations ont le plus grand intérêt au point de vue des lésions tuberculeuses de l'os iliaque.

On sait par les travaux d'Ollier l'importance de la zone juxta-épiphysaire dans le développement de l'ostéo-tuberculose. C'est toujours dans cette zone que se produisent les premières lésions ; c'est le point faible sur lequel retentissent les chocs, les disjonctions, les efforts divers qui produisent l'entorse ou la contusion de la région juxta-épiphysaire. Or, l'os coxal, différent en cela des autres os plats, des os du crâne par exemple, se développe un peu à la façon des os longs. Le cartilage en Y de la cavité cotyloïde, le cartilage marginal qui modèle la crête iliaque, celui qu'on trouve au point d'union des branches descendante du pubis et ascendante de l'ischion, peuvent être assimilés aux cartilages épiphysaires des os longs.

Gouilloud, élève d'Ollier, divise les ostéites tuberculeuses du bassin en deux sortes :

1° Les ostéites prépubertiques, que l'on trouve jusqu'au moment de l'ossification complète de la cavité cotyloïde.

Ces ostéites sont péri et intra-cotyloïdiennes.

2° Les ostéites post-pubertiques qui se développent au niveau des points d'ossification tardifs et qui évoluent de la puberté à l'âge de trente ans. Ce sont des ostéites marginales disséminées sur tout le pourtour du bassin, au niveau du cartilage marginal de la crête iliaque et des points osseux complémentaires énumérés plus haut. Le pubis serait le siège assez fréquent de ces ostéites post-pubertiques ; comme nous l'avons vu, il termine son évolution à une période avancée de l'existence. Ses deux points complémentaires d'ossification apparaissent en effet de 18 à 20 ans, et le cartilage qui le sépare de l'ischion ne disparaît complètement que de 22 à 28 ans. Il se produit donc encore dans le pubis, à cette époque, des phénomènes d'ostéogénèse, qui le rendent vulnérable aux agents infectieux.

En outre la face antérieure du pubis est criblée de trous punctiformes, livrant passage à des vaisseaux, ce qui expliquerait encore certaines localisations de la tuberculose sur cet os, si nous en croyons Kœnig, qui suppose que l'ostéite tuberculeuse est due à des embolies bacillaires, s'arrêtant dans les vaisseaux nourriciers d'un os ; Kœnig, dont la théorie a été prouvée partie par W. Müller de Göttingen, qui obtint des ostéites typiques en injectant des produits tuberculeux dans l'artère nourricière des os.

Jusqu'à présent nous n'avons pas parlé de la pathogénie de l'arthrite tuberculeuse de la symphyse : c'est que ses causes sont les mêmes que celles qui produisent l'ostéotuberculose du pubis. L'état rudimentaire de cette symphyse

(même quand elle constitue une arthrodie parfaite, elle n'a pas de synoviale) rend improbable sa tuberculisation primitive. Il est préférable d'admettre la contamination soit par l'ouverture d'un tubercule dans l'articulation, soit par le périoste, qui comme nous l'avons vu, passe d'un pubis à l'autre, servant parfois à lui seul de ligament articulaire, que ce périoste soit malade lui-même par contiguïté ou décollé par un abcès ossifluent.

Il est une circonstance cependant, bien que cela ne ressorte nettement d'aucune de nos observations, qui pourrait favoriser la localisation primitive des lésions sur la symphyse pubienne : nous voulons parler de la gestation. Personne n'ignore que les articulations du bassin qui ne permettent à l'état normal que de légers glissements deviennent assez mobiles pendant la grossesse. Paré, Hunter, Morgagni, Riolan, Spiegel, Duverney, avaient déjà vu sur des femmes récemment accouchées « les pubis chevauchant et mobiles ».

Les anatomistes modernes ont essayé d'expliquer ce relâchement. Lenoir l'attribue au mouvement fluxionnaire qui active la nutrition du fœtus et de ses annexes pendant la grossesse. Lushcka et Henlé l'attribuent à une fonte progressive du cartilage résultant des congestions périodiques dont le bassin est le siège. En tout cas, ce qui est certain, c'est que les symphyses du bassin, et en particulier la symphyse pubienne, se modifient pendant la grossesse. Il est très facile de s'en rendre compte, ainsi qu'il résulte de la communication de Budin, à l'Académie de Médecine, en 1877. Il suffit de toucher la femme debout et de la faire piétiner sur place : la pulpe de l'index appliquée sur le bord inférieur de

la symphyse sent à chaque mouvement les branches du pubis chevaucher; descendre et remonter.

Ces modifications, cette fluxion, pour employer un vieux mot, rendent peut-être la symphyse pubienne plus vulnérable pendant la grossesse. C'est un fait d'observation courante, dit Panas, que la grossesse exerce une influence toujours défavorable sur les tumeurs blanches. La grossesse peut même rappeler à l'activité des tumeurs blanches qui semblaient guéries; bien plus, elle peut, à elle seule, chez des sujets prédisposés, déterminer l'apparition de ces tumeurs.

Verneuil est encore plus affirmatif. Pour lui, la grossesse est un état pathologique qui modifie l'économie tout entière, altère les fonctions de relation comme les fonctions de nutrition et détermine des variations de composition dans le fluide sanguin lui-même. Il y a une déperdition considérable de matériaux nutritifs qui a l'influence la plus néfaste sur la tuberculose pulmonaire dont il est si facile d'apprécier les progrès par l'auscultation. Dans son langage imagé, il assimile le développement du fœtus à celui d'une tumeur : « le néoplasme fœtal » et se plaint à nous dénoncer « le génie de la strume, qui plane sur les nouvelles accouchées », et menace surtout leurs articulations. Au point de vue spécial des articulations du bassin, trois causes les rendent plus vulnérables : 1° le travail d'accommodation des symphyses du bassin pendant la grossesse ; 2° les phénomènes mécaniques de l'accouchement ; 3° l'état puerpéral.

Tarnier, parlant au point de vue général des arthrites du bassin se montre plus réservé. L'inflammation des articulations du bassin est rare selon lui pendant la grossesse ; cependant, il existe des faits incontestables de symphysite

pubienne ou sacro-iliaque pendant la gestation (Hayn, Hiller, Monod, Feuillet, B. Dubois).

Il n'est donc pas téméraire de présumer que la grossesse et surtout la multiparité, facilitent la tuberculisation de la symphyse pubienne. Cependant nous devons avouer que dans nos observations, six fois sur vingt-deux, des hommes ont été frappés et que plusieurs des femmes qui ont été atteintes étaient vierges, n'avaient pas eu d'enfants ou n'en avaient eu qu'un. Ce qui ne semble pas douteux, c'est que la grossesse ait une influence des plus défavorables sur l'évolution d'une tuberculose symphyséo-pubienne antérieure : les cas de disjonction de la symphyse, que nous relatons et qui peuvent en être la conséquence, en font foi.

CHAPITRE III

Anatomie pathologique

Nous serons forcément un peu bref sur certains points : en effet, outre que nos observations sont en nombre assez restreint, nous reconnaissons qu'elles pèchent presque toutes au point de vue anatomo-pathologique. Cela s'explique aisément, si l'on songe que chacun insiste dans une observation sur le point spécial qui l'intéresse. Or, nous avons trouvé un certain nombre de cas relatés dans des ouvrages d'accouchements, où les auteurs, préoccupés surtout par les incidents cliniques de la disjonction des symphyses, s'arrêtaient à peine sur les lésions anatomiques et se contentaient de signaler en passant la dénudation osseuse et l'apparence tuberculeuse des lésions. Quelques autres cas ont été recueillis dans des ouvrages traitant d'abcès de la cavité de Retzius, où le clinicien s'intéressait plutôt aux rapports de la tumeur prévésicale et aux accidents qui avaient accompagné son évolution qu'à son point de départ. Il ne nous reste donc pour étayer une partie de notre développement que les observations d'Ollier et nos trois observations personnelles.

L'ostéo-tuberculose peut revêtir différentes formes macroscopiques. La première, et qui n'est point la plus fréquente, est l'infiltration grise, puis puriforme de Nélaton. Ces lésions sont caractérisées :

1° Par la teinte grise ou puriforme, ou jaune mat que présentent les portions d'os infiltrées ;

2° Par l'absence de vaisseaux sanguins ;

3° Par l'hypertrophie du tissu osseux en certains points (ostéite condensante) et sa raréfaction simultanée en d'autres (ostéite raréfiante).

Cette forme s'accompagne presque fatalement de séquestres qui peuvent être lamelliformes ou parcellaires ou bien encore volumineux et cunéiformes.

La seconde forme est celle des lésions circonscrites et a été décrite par Kiener et Poulet, en 1883, dans les *Archives de Physiologie*, sous le nom de tubercule enkysté. Nous y reviendrons tout à l'heure.

La troisième forme est la carie des anciens auteurs, ostéite tuberculeuse chronique, caractérisée surtout par l'ostéite raréfiante et la vermoulure de l'os, nous dit Lannelongue. Cette forme, bien connue maintenant, s'accompagne d'hyperhémie de l'os avec raréfaction du tissu spongieux, rendant si fragiles les trabécules osseuses qu'en les touchant avec le stylet, on éprouve une sensation analogue à celle que donne le sucre mouillé.

D'autres formes de tuberculose osseuse, qui affectent une prédilection pour les épiphyses et en particulier l'épiphyse humérale, telles que la carie sèche et la tuberculose charnue (caries carnosae de Kœnig), n'offrent pour nous aucun intérêt.

L'infiltration tuberculeuse et la carie du pubis sont sans doute très rares : nous n'en avons aucun cas bien net dans nos observations. Au contraire, les lésions circonscrites semblent fréquentes. Dans le *Traité de Chirurgie* de Le Dentu et Delbet, nous voyons représenté comme type de tubercule

circonscrit, primitif et chronique, un tubercule de l'angle du pubis, dont le modèle est une pièce du musée du Val-de-Grâce.

En quoi consiste au juste le tubercule circonscrit ? Si nous en croyons Kiener et Poulet, l'évolution du tubercule circonscrit peut être divisé en trois stades.

Dans un premier stade, la moelle adipeuse se transforme en tissu muqueux ou en tissu fibreux, avec néoformations vasculaires plus ou moins actives et phénomènes d'exsudation plus ou moins intenses suivant les cas.

Dans un deuxième stade, apparaissent les cellules géantes et les follicules. La moelle plus ou moins hyperhémisée d'abord, devient pâle, les vaisseaux s'oblitérent et contribuent à former les follicules, qui ne sont autre chose que la section du renflement sphérique ou fusiforme d'un vaisseau, avec un noyau constitué par des cellules géantes, des cellules épithéliales ou rameuses et un manchon de cellules migratrices.

Le troisième stade est celui de caséification. Dans les tubercules à évolution lente, les follicules, d'abord rares et disséminés, augmentent graduellement de nombre et causent la dégénérescence grasseuse de la zone centrale par ischémie. Cette masse peut conserver une consistance ferme, que l'on a comparée à celle du mastic de vitrier. Dans d'autres cas à marche rapide, les follicules s'agrandissent de proche en proche, par suite de la transformation épithélioïde des éléments cellulaires voisins ; ils deviennent confluents et subissent en masse la dégénérescence granulo-grasseuse, donnant ainsi naissance à un ulcère envahissant, à bords festonnés.

Pendant que la moelle subit ces altérations, le tissu osseux réagit, se condensant ou se raréfiant suivant les points et

donnant ainsi naissance à des séquestres, qui s'élimineront par suite de la formation d'abcès ossifluents.

Une autre forme qui doit encore être assez fréquente au niveau du pubis, c'est la périostite tuberculeuse. La tuberculose s'y présente sous forme de masses caséeuses variables en épaisseur et en étendue, débutant en général dans les couches profondes du périoste. C'est tout d'abord un tissu inflammatoire riche en cellules blanches et abondamment vascularisé, dans lequel apparaissent bientôt des follicules et des cellules géantes isolées.

La matière tuberculeuse une fois formée peut subir différentes transformations qui aboutissent à la résorption ; mais le plus souvent elle tend à se faire jour à l'extérieur par des trajets compliqués et en rapport avec les dispositions anatomiques de la région ; — tantôt le pus arrive dans l'articulation voisine, tantôt il forme des abcès dits par congestion qui vont s'ouvrir à l'extérieur.

Ce serait une erreur d'attacher à l'expression de tubercule circonscrit une idée de bénignité ; si nous osons nous exprimer ainsi, c'est une forme traître de la tuberculose. C'est dans cette forme en effet que se fait le plus souvent l'ouverture du foyer tuberculeux dans une cavité articulaire. Nous croyons, comme nous l'avons déjà dit, que la symphyse pubienne n'échappe pas à la règle générale, qui veut que presque toutes les tuberculoses articulaires aient un point de départ osseux, et nous croyons qu'elle y échappe d'autant moins qu'elle n'a pas de synoviale. Dans l'ostéo-tuberculose du pubis, la perforation du cartilage diarthroïdal doit être rare ; le peu d'épaisseur de l'os ne permet pas à un tubercule d'évoluer facilement dans son centre, comme il peut le faire

par exemple dans un plateau tibial. La masse tuberculeuse doit devenir très rapidement sous-périostée, si elle ne l'est pas dès le début ; l'arthrite doit se produire plutôt par propagation. Nous avons vu dans la partie anatomique que le périoste, passant d'un pubis à l'autre, constituait à peu près à lui seul le ligament supérieur et postérieur de la symphyse. Il n'y a rien d'étonnant à ce qu'une collection tuberculeuse, décollant le périoste de proche en proche, vienne faire irruption dans la symphyse, surtout lorsque le périoste irrité réagit en fabriquant de nouvelles couches osseuses, mettant obstacle à la sortie du pus. Il est très possible aussi qu'il se fasse une contamination par les vaisseaux et les lymphatiques.

La tuberculose de la symphyse semble être une arthrite fongueuse évoluant sans phénomènes éclatants, et s'accompagnant de ramollissement, de décollement, d'ulcérations des cartilages ; de ramollissement et de résorption des ligaments, de fongosités comme toutes les autres arthrites bacillaires ; les fongosités semblent cependant n'être jamais très abondantes.

Les lieux d'élection pour les tubercules des pubis semblent siéger sur la branche descendante, au niveau de sa soudure avec l'ischion, puis sur les faces antérieures et postérieures de la surface angulaire, surtout au niveau de cette région de la face antérieure, où nous avons signalé une surface criblée de trous vasculaires pour le passage des artères nourricières et des veines efférentes.

Un point véritablement intéressant de la tuberculose pubienne, et d'une grande importance pour le diagnostic, c'est l'étude des abcès par congestion auxquels elle donne lieu.

Les abcès par congestion sont connus depuis longtemps. Tour à tour étudiés par Le Dran, David, Percival Pott, Bell, ils ont été surtout bien décrits par Lannelongue. Le mécanisme de leur formation est très simple : le pus parti des profondeurs de l'os arrive sous les nouvelles couches périostiques. Le périoste, décollé par la collection liquide, est le siège d'un gonflement très dur au début, parce que la tension du liquide est considérable ; puis, peu à peu, le périoste est dissocié et le pus se fait jour dans les tissus voisins. L'abcès par congestion offre ceci de particulier, qu'il s'accroît aux dépens des tissus qui l'environnent ; sa paroi n'est point inerte, comme l'on pourrait bien croire, et constituée seulement par des globules blancs, des dépôts fibrineux et un feutrage de fibres conjonctives ; elle est, au contraire, active, et, dans certains cas, très active. La couche interne de sa paroi est formée par des follicules tuberculeux en voie de destruction ; la paroi externe est, au contraire, formée de follicules jeunes envahissant le tissu cellulaire voisin. Les abcès par congestion n'obéissent, quoiqu'on en ait dit, que faiblement aux lois de la pesanteur : la structure de leur paroi en donne l'explication. Leur direction est plutôt commandée par celle des travées conjonctives, des gaines péri-vasculaires, des aponévroses. La poche s'agrandit sans cesse par l'envahissement des tissus périphériques et surtout du tissu cellulaire, par l'accumulation des produits qui résultent de la destruction des tissus et enfin par l'apport des produits venus du foyer osseux lui-même.

Au début, l'abcès ossifluent est formé de fongosités : c'est un véritable tuberculome. Puis, sa partie centrale passe à l'état liquide et la partie périphérique, procédant comme

nous l'avons vu un peu à la façon des néoplasmes, s'accroît en suivant les vaisseaux, les coulées de tissu cellulaire et en respectant les muscles.

Le pus contenu dans ces abcès ossifluents offre toutes les gammes, suivant la réaction des tissus au contact de la matière infectieuse : tantôt, c'est simplement un liquide clair, séreux, pauvre en leucocytes ; tantôt, c'est un véritable pus phlegmoneux ; le plus souvent, c'est du pus séreux, blanc jaunâtre, grumeleux, avec du gravier osseux.

Parfois, une seule partie de la membrane est active, tandis que l'autre subit la transformaton fibreuse, qui est, comme l'on sait, le mode naturel de guérison de la tuberculose. La guérison spontanée résulte de l'extension de ce processus à toute la paroi : le pus se résorbe alors ; la poche peut même s'étrangler au niveau de son pédicule et perdre tout rapport avec l'os qui lui a donné naissance.

Le pus des abcès ossifluents contient peu de bacilles ; mais si l'on en injecte à un cobaye, en prenant les précautions usitées en pareil cas, on reproduit chez lui les lésions caractéristiques de la tuberculose.

Les abcès qui ont pour source une lésion du pubis peuvent suivre différentes voies. Le lieu d'élection pour leur émergence semble situé à la partie antéro-interne de la cuisse, au niveau du pli inguino-scrotal chez l'homme, inguino-labial chez la femme (observations I, II, III, VI, IX, XII). Il est très facile de se rendre compte de leur marche dans ce cas. Comme nous le disions plus haut, les lésions tuberculeuses sont surtout fréquentes au niveau de la face antérieure du pubis. Une collection sous-périostée, venant faire saillie à cet endroit, trouve un guide naturel dans le muscle droit interne.

Ce muscle est très superficiel et environné d'une atmosphère celluleuse lâche, qui offre un aliment facile à la paroi des abcès ossifluents.

D'autres abcès suivent le bord interne du moyen adducteur et s'arrêtent plus bas et plus en dehors que les précédents au niveau du triangle de Scarpa.

Parfois, chez la femme, ils viennent faire saillie dans l'épaisseur même des grandes lèvres (observations VII et XIX).

D'autres, au lieu de progresser, se développent pour ainsi dire sur place et forment une tuméfaction à la région hypogastrique ou même au devant des pubis, donnant souvent lieu à des fistules rebelles dont la cause peut être méconnue (observations VII, X, XI, XIV, XVI, XVIII, XXI, XXII).

Une autre catégorie d'abcès, beaucoup plus rare et qui doit se produire sans doute quand il y a des lésions du bord antéro-inférieur de la branche ischio-pubienne, glisse entre les deux feuillets de l'aponévrose superficielle et de l'aponévrose moyenne du périnée et vient faire saillie au niveau du périnée, plus ou moins en avant du rectum (observation IV).

D'autres peuvent évoluer au niveau de la face postérieure des pubis et là produire plusieurs sortes de lésions. Les uns peuvent affecter des rapports immédiats avec la vessie (observations IX et X); des adhérences étroites les unissent alors à ce viscère, dans la cavité duquel peuvent tomber des séquestres. Les autres peuvent s'ouvrir dans la cavité de Retzius et déterminer des accidents très graves (XI, XII, XIII, XIV, XV). D'autres enfin, partis de l'articulation du pubis, peuvent se glisser au-dessous du ligamentum arcuatum, grâce à la membrane lâche couvre-veines, décrite par Farabœuf, pour venir se briser sur les ligaments clitoridiens comme sur

un éperon et donner naissance à des lésions bilatérales, symétriques (observations VI et VII).

Quelquefois, mais cela doit être très rare (observation V, *Duplay, in thèse de Pozzi*), parti de la face postérieure du pubis, l'abcès glisse sur le plancher uro-génital, se coule dans la graisse de l'espace pelvi-rectal causant des fistules anorectales compliquées et récidivant tant que l'on n'a pas détruit les lésions qui leur ont donné naissance.

Souvent les lésions sont multiples et les différents types que nous venons de décrire ici sont combinés.

Quand l'abcès s'est fait jour près de la peau, celle-ci ne tarde pas à s'ulcérer et à se rompre. Il se forme alors une fistule par où s'écoule le pus caractéristique que nous avons décrit. L'orifice de la fistule est tantôt petit et étroit « en cul de poule », pour employer une expression triviale mais expressive ; d'autres fois, au contraire, il est large, décollé, rempli de fongosités et présente tous les caractères d'une ulcération tuberculeuse en voie d'évolution.

Ces fistules ont un trajet plus ou moins tortueux permettant le plus souvent d'arriver sur l'os malade. Leur débit est loin d'être régulier : il y a souvent des périodes de rétention de pus auxquelles font suite des débâcles. Parfois, la fistule semble définitivement tarie et se ferme, ainsi que nous le voyons dans plusieurs de nos observations ; mais au bout d'un temps, parfois très court et parfois assez long, elle se rouvre ; à moins qu'il ne se produise en d'autres points d'autres abcès et d'autres fistules.

La présence de ces fistules aggrave le pronostic ; en effet, elles ouvrent la voie aux infections secondaires, si redoutables par les désordres qu'elles produisent rapidement dans un organisme déjà affaibli par la lutte contre la tuberculose.

CHAPITRE IV

L'arthrite tuberculeuse de la symphyse pubienne pendant l'accouchement

Quand une articulation présente les désordres que nous venons d'indiquer, il est incontestable que la grossesse constitue pour la malade qui en est atteinte une menace d'une gravité exceptionnelle. Si l'accoucheur était plus souvent prévenu, car, ainsi que nous le verrons tout à l'heure, l'arthrite tuberculeuse de la symphyse passe presque toujours inaperçue, ce n'est pas sans appréhensions qu'il assisterait aux phénomènes mécaniques de l'expulsion fœtale. En effet, selon nous, la tuberculose est une cause fréquente de cette rareté obstétricale qu'est la disjonction des symphyses.

Nous avons parcouru plusieurs travaux sur la disjonction des symphyses pendant l'accouchement et nous devons avouer que la plupart des auteurs n'incriminent que faiblement une arthrite chronique de la symphyse. Veit et Olshausen attribuent le rôle le plus important à la multiparité, lorsque les premiers accouchements se sont accompagnés de difficultés mécaniques. Güsserow incrimine surtout les relâchements articulaires datant de grossesses répétées. Ces opinions, basées sur l'observation clinique, sont justifiées si l'on admet qu'à l'occasion de couches précédentes il s'est fait dans les

parties molles articulaires relâchées une involution vicieuse et une véritable hypoplasie.

Les vices de conformation du bassin jouent aussi un rôle très important dans la disjonction des symphyses. En effet l'existence d'un rétrécissement pelvien est mentionnée dans un grand nombre d'observations. De toutes les angusties pelviennes, celle qui est constituée par le bassin généralement rétréci, est celle qui prédispose le plus à la rupture ; le raccourcissement du diamètre transverse étant plus grave que l'aplatissement du diamètre antéro-postérieur.

L'altération rachitique des os et tout spécialement l'ostéomalacie sont indiquées dans un certain nombre d'observations. Il faut laisser aussi une large part aux manœuvres et interventions pratiquées par l'opérateur et ses aides ; manœuvres et interventions pratiquées quelquefois avec une violence inouïe, surtout lorsqu'on se servait de l'ancien forceps de Levret.

Cependant ces conditons étiologiques ne réussissent pas à expliquer les cas où l'on a vu l'accident se produire, quand les dimensions du bassin étaient normales ou même supérieures à la normale et que le fœtus n'offrait aucune anomalie de volume (F. Parker, Winckel). Tel aussi le cas de Basham où la femme expulsa un fœtus de sept mois mort et macéré, ou celui d'Ahlfeld où la rupture fut déterminée par l'expulsion d'un œuf entier avant terme.

C'est dans ces cas que les auteurs ont invoqué une arthrite soit rhumatismale, soit infectieuse. Grenser, Ulsamer et Arendt ont rapporté des cas d'arthrite purulente, Cerné un cas d'arthrite gonococcique. Holmes est le seul qui ait incriminé nettement la tuberculose de la symphyse. Nous nous

rallions à son avis et nous pensons que la tuberculose de la symphyse doit être, plus fréquemment qu'on ne se l'imagine, la cause de disjonctions symphysaires. Nous sommes convaincu que la disjonction se serait produite presque fatalement chez les trois femmes dont nous publions l'observation (VII, VIII et IX), si une grossesse était survenue au cours de leur maladie.

La rupture des symphyses s'effectue, soit au sein des parties molles interarticulaires, soit au niveau du point d'insertion du cartilage avec l'une des deux ou les deux surfaces articulaires.

Dans les cas que nous avons relevés, et où il nous semble qu'il faille incriminer la tuberculose symphysienne, voici comment les choses se passent en général. Une femme, avant le début de sa grossesse ou pendant sa grossesse, a présenté quelques douleurs au niveau de la région pubienne, avec irradiations parfois dans les aines et la région lombaire. Dans les derniers jours, en général, la marche et la station verticale deviennent difficiles, pour ne pas dire impossibles. La femme est mal assurée sur ses jambes et présente une démarche qui rappelle un peu celle que l'on observe dans la luxation congénitale double des hanches. Quelquefois même le séjour au lit devient nécessaire.

Parfois, ces symptômes prémonitoires n'existent même pas et le seul symptôme alarmant se produit au moment de l'accouchement : il consiste dans un craquement, noté dans presque toutes les observations, et qui se produit à l'occasion d'un effort d'expulsion de la parturiente elle-même, ou d'une traction pratiquée par l'accoucheur. La malade ressent en

même temps une douleur assez vive en général, cependant que le fœtus progresse rapidement.

Si l'on examine alors la femme, on peut constater que les jambes sont en attitude vicieuse : il se produit une rotation en dehors due à l'écartement des pubis et au déplacement des os iliaques, qui ont reporté les cavités cotyloïdes en dehors et en arrière. La région pubienne peut être œdématiée, augmentée de volume. Le palper éveille ou exagère la douleur, et permet le plus souvent de constater deux saillies latérales constituées par les pubis écartés, et entre lesquels la main peut déprimer les tissus. Le toucher vaginal confirme ces sensations. Au lieu de la crête saillante, que l'on trouve normalement chez la femme normalement constituée, on trouve une dépression dans laquelle le doigt indicateur peut refouler l'urèthre. Quelquefois, par le palper bimanuel, on peut obtenir la sensation de fluctuation, ainsi que celle de mobilité anormale des pubis, en maintenant l'un des pubis avec le doigt vaginal, tandis que la main appliquée sur le mont de Vénus exerce des pressions sur la branche opposée.

En même temps, l'on observe presque toujours une impotence fonctionnelle plus ou moins complète : la malade ne peut élever les talons au-dessus du plan du lit.

Souvent, il y a en même temps des troubles vésicaux dûs à des lésions traumatiques ou à des lésions de voisinage causées par une collection purulente. Quelquefois, la paroi antérieure du vagin est déchirée, l'urèthre lui-même peut être fendu longitudinalement comme dans une observation de Cholmogoroff; l'articulation elle-même peut être mise à nu.

Ces lésions traumatiques offrent une porte d'entrée à l'infection. Dans ces tissus contus, les microbes pullulent

facilement ; il s'organise des traînées lymphangitiques, des infiltrations que le voisinage de la symphyse malade rend encore plus graves. Aussi ce qui se produit le plus souvent, c'est une infection secondaire à marche rapide de la symphyse traumatisée : les lésions tuberculeuses s'effacent pour faire place à l'arthrite purulente.

Les douleurs s'accroissent, la malade a un ou plusieurs frissons, la température s'élève ; l'état général devient mauvais, cependant que se produisent d'importantes modifications du côté de la région pubienne, qui s'œdématie, devient rouge, enflammée ; le moindre contact est douloureux, l'impotence fonctionnelle est complète, les cuisses sont fléchies sur le bassin. Si un traitement chirurgical bien conduit ne donne pas issue au pus, celui-ci vient s'évacuer tout seul soit au niveau de la symphyse, soit à la partie externe des grandes lèvres, à moins que ce ne soit, accident beaucoup plus grave, dans la cavité de Retzius. La malade peut alors succomber au milieu d'accidents aigus dûs souvent à de l'infection puerpérale concomitante ou bien de cachexie à la suite de suppuration prolongée, ou bien elle résiste et après une longue convalescence n'est pas toujours sûre de recouvrer l'intégrité des mouvements de ses membres inférieurs.

Le pronostic est donc grave. Nous ferons cependant remarquer que plusieurs des observations suivies de mort sont antérieures à la généralisation de l'antisepsie et de l'asepsie. Actuellement on intervient mieux et plus vite. C'est d'ailleurs aussi l'avis de Dührssen, qui déclare qu'il ne faut point accepter aveuglément l'affirmation des accoucheurs, déclarant que le pronostic de la suppuration des symphyses est très défavorable. Le pronostic est très défavorable si l'on ne

donne pas issue au pus : la mort se produit alors dans 70% des cas. Dans le cas d'incision précoce, la guérison est de règle avec formation de cal osseux après l'évacuation du pus.

Le traitement le plus employé généralement autrefois, consistait dans l'immobilisation qui a d'ailleurs donné quelques succès. Trousseau disait « qu'il fallait mettre un cercle à un bassin dont les douves s'étaient écartées ». Aussi tous les moyens de contention étaient-ils mis en œuvre depuis le simple bandage de corps et l'appareil plâtré jusqu'aux ceintures compliquées de Chantreuil, Martin et Collin.

Il nous semble que la contention ne saurait être rejetée systématiquement : n'est-elle point d'ailleurs encore aujourd'hui un des meilleurs moyens que nous ayons pour combattre la tuberculose ? Mais il ne faut pratiquer l'immobilisation qu'à bon escient, s'il n'y a pas de fièvre et si la tuméfaction pubienne n'est pas trop considérable. Dans ce cas, les meilleurs appareils seront les plus simples. On pourra se contenter d'une large bande de flanelle, bien serrée, qui rapprochera l'une de l'autre les épines iliaques, cependant que la flexion des cuisses sur le bassin favorisera encore la coaptation des pubis. L'immobilisation devra être pratiquée pendant plusieurs semaines pour ne pas dire pendant plusieurs mois. Il est inutile de dire qu'un traitement antiseptique soigneux des lésions vaginales ou uréthrales, en sera le complément indispensable.

Mais dans le cas d'infection aiguë, il n'y a pas, croyons-nous, à hésiter. Il faut intervenir et intervenir rapidement, découvrir la symphyse par une incision médiane, déterger la cavité, enlever, s'il y a lieu, les séquestres osseux, toucher les parois avec un liquide modificateur, tel que le chlorure de

zinc au dixième, drainer et panser suivant les règles de la chirurgie moderne.

S'il y avait, par hasard, non consolidation de la symphyse empêchant encore la marche après disparition des phénomènes inflammatoires, on aurait encore une ressource dans la symphyséorraphie. Sans croire utile comme Dührssen de la pratiquer dès le début, nous pensons qu'elle peut être faite avec fruit à froid. Outre qu'elle permet de constater les lésions articulaires et d'y remédier, c'est une opération bénigne, si nous en croyons à ce point de vue spécial les travaux sur la symphyséotomie dont elle a été plusieurs fois le complément. Zweifel, Tuffier, Binaud et Franck l'ont pratiquée plusieurs fois et elle a toujours été suivie de succès.

CHAPITRE V

Symptômes de la tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne

Les lésions tuberculeuses du pubis et de la symphyse ont presque toujours, pour ne pas dire toujours, une marche insidieuse. C'est seulement un nombre fort restreint de symptômes qui peut révéler leur présence au médecin, symptômes souvent peu nets ou communs à d'autres affections et qu'il est parfois difficile d'interpréter.

Le rôle que joue dans l'économie cette partie du bassin que l'on nomme le pubis explique en partie la latence des lésions. En effet, si nous empruntons une comparaison à l'architecture, nous pouvons dire que le pubis et la symphyse, en s'arc-boutant, jouent dans l'économie le rôle d'une arcade plutôt que celui d'un pilier. Or c'est un fait bien connu que les pressions agissent également sur toutes les parties concourant à la formation d'une arcade, d'où pour elle une grande solidité obtenue avec des éléments même peu résistants. Nous ne songeons pas à nier que l'arc antérieur de la ceinture pelvienne concourt fortement à assurer la marche et la station debout, et cependant, quelque paradoxal que cela puisse paraître, nous pensons que cet arc pourrait à la rigueur ne pas exister, sans que ces attitudes deviennent beaucoup

plus difficiles. La nature se charge, d'ailleurs, de nous fournir un exemple de cette suppression. Dans certains cas d'exstrophie de la vessie où les extrémités du pubis, par suite d'un arrêt de développement, restent libres, présentant quelquefois entre elles un écart de plus de dix centimètres, la marche et la station debout peuvent rester presque aussi faciles que chez une personne normalement constituée ; et cela, grâce simplement à un renforcement compensateur de l'articulation sacro-iliaque et à un léger mouvement de bascule du sacrum en avant, mouvement de bascule qui reporte un peu plus en arrière le centre de gravité du tronc. On nous objectera peut-être qu'il s'agit là de lésions congénitales pour lesquelles la compensation s'effectue progressivement au fur et à mesure du développement du sujet. A cela, nous pourrions répondre par plusieurs cas de résection totale du pubis, entre autres par deux cas des docteurs Picqué et Moty, où la résection du pubis fut pratiquée sur des adultes, sans conservation du périoste, et ne fut suivie d'aucune impotence fonctionnelle grave. Cela n'est d'ailleurs pas en désaccord avec la théorie de l'équilibre du corps humain, qui place le centre de gravité dans la station debout un peu en arrière du centre de la cavité cotyloïde, n'attache qu'une importance secondaire à la tonicité musculaire et aux contractions musculaires permanentes, et veut que l'on cherche en avant de l'articulation la force qui fait équilibre au poids du corps, force exercée par le puissant ligament de Bertin, et peut-être, comme le veut Giraud-Teulon, par le psoas iliaque distendu.

Nous en concluons que, normalement, le pubis ne subit que des pressions assez légères, pressions qu'il peut supporter

facilement en raison de sa disposition anatomique, même quand certains de ses éléments sont altérés. Le seul cas où il soit le point d'application direct d'une force est peut-être l'accouchement. Quand la cavité cotyloïde, la tête du fémur, les plateaux du tibia, en butte à des pressions et des traumatismes continuels sont malades, la douleur est en général un signe primitif et constant : on comprend qu'il n'en soit pas toujours de même dans l'ostéo-tuberculose du pubis. Or, c'est ce qui se produit la plupart du temps : les malades atteints de tuberculose pubienne souffrent peu ou même ne souffrent pas. La douleur ne devient réelle, impressionnante, que lorsqu'il y a infection secondaire ou que la tuberculose revêt une marche particulièrement aiguë. Cette douleur subit une exacerbation légère et se révèle même à l'occasion de la marche, de mouvements prononcés de flexion ou d'extension de la cuisse sur le bassin, encore faut-il que l'articulation symphysienne soit assez malade et les pubis assez mobiles.

La marche ne subit en général aucun trouble notable : le malade remarque seulement parfois qu'il se fatigue plus vite ; parfois il a une démarche particulière signalée dans deux de nos observations et qui rappelle le mouvement de roulis des personnes atteintes de luxation congénitale de la hanche.

Quelquefois on peut avoir des attitudes vicieuses dues à des contractures musculaires ; tel ce malade dont Chassaignac nous rapporte l'histoire et chez lequel on crut à une coxalgie, parce qu'il présentait de la flexion et de l'adduction de la cuisse.

Parfois ce sont des symptômes dûs à une compression ou au voisinage de la vessie, qui attirent l'attention du malade et l'incitent à consulter un médecin. Mais la plupart du temps

le premier symptôme alarmant est constitué par l'apparition d'une tuméfaction plus ou moins douloureuse à l'hypogastre ou près de la région inguinale.

L'état général demeure le plus souvent excellent, à moins qu'il n'y ait infection secondaire du foyer tuberculeux ou que le patient ne soit affaibli par la suppuration abondante, qui succède à la formation des fistules, ou qu'il n'y ait coexistence d'autres lésions tuberculeuses.

Voici pour les symptômes subjectifs : on voit que leur importance est, somme toute, assez minime et insuffisante pour établir un diagnostic précis : tout autre est celle des signes objectifs.

Pour procéder méthodiquement, nous diviserons nos symptômes en trois groupes, suivant que nous avons affaire :

1° A une tuberculose osseuse ou articulaire à son début ;

2° A une tuberculose osseuse ou articulaire ayant donné lieu à des abcès par congestion ;

3° A une tuberculose osseuse ou articulaire secondairement infectée ou donnant lieu à des fistules.

A. *Symptômes de début.* — Ces symptômes sont peu marqués et l'on a rarement l'occasion de les observer, le malade ne venant en général consulter qu'à une période avancée de la maladie. Ils consistent dans un gonflement circonscrit de l'os, plus ou moins facile à percevoir, suivant l'épaisseur des parties molles interposées ; le gonflement fait corps avec l'os ; il est dur et douloureux. Pour le rechercher, il faut suivre attentivement la crête pectinéale du pubis et sa branche horizontale, puis la branche descendante ; la face interne sera explorée imparfaitement chez l'homme en plongeant dans l'excavation pelvienne les doigts recourbés en

crochet, plus facilement chez la femme par le toucher vaginal qui permet au doigt d'explorer cette face dans sa presque totalité.

La douleur à la pression sera aussi recherchée méthodiquement, en commençant par les régions saines avant d'arriver sur la partie malade : une condition de sa valeur est qu'elle se produise constamment et au même point. Il faudra se rappeler que chez des personnes un peu sensibles une pression un peu vigoureuse des téguments contre le plan osseux peut être douloureuse.

A ce moment, il est difficile de soupçonner l'arthrite symphysienne, qui ne s'accompagne encore ni de gonflement, ni de mobilité anormale. On pourra la soupçonner quand l'interligne articulaire est douloureux, quand la percussion et le rapprochement brusque des épines iliaques déterminent une douleur au niveau de la symphyse.

Les dispositions anatomiques sur lesquelles nous nous sommes déjà étendus empêchent d'observer ici deux signes importants et précoces signalés par Lannelongue dans les autres ostéo-arthrites : nous voulons parler de l'atrophie musculaire et des adénites régionales.

B. Symptômes de la période d'état. Absès migrants. — La tuméfaction que nous signalions à la période de début a augmenté de volume. Dure encore en certains points, elle est ramollie en d'autres où l'on peut percevoir la sensation de fluctuation. En effet, cette tuméfaction, constituée par des granulations tuberculeuses et par la prolifération des éléments périostiques, est devenue l'abcès ossifluent que nous avons décrit au chapitre anatomo-pathologique.

L'abcès, d'abord sessile, ne tarde pas à progresser et suivant une des voies que nous avons décrites, peut venir faire saillie, soit dans le pli inguino-scrotal, soit dans la région sus-pubienne. La progression se fait en général lentement, sans grande réaction ; la collection arrive très près de la peau avant que celle-ci s'infilte, rougisse, puis finalement s'ulcère. Pas ou très peu d'élévation de la température locale ; pas ou très peu de fièvre, s'il n'y a pas d'infection secondaire. La palpation permet parfois de sentir un pédicule qui rattache l'abcès ossifluent à l'os.

La tuberculisation de la symphyse pubienne peut à ce moment être recherchée avec plus de fruit. On peut trouver alors une tumeur médiane prépubienne, donnant la sensation habituelle des fongosités ou la sensation de fluctuation. La mobilité anormale des pubis, si le sujet est une femme, sera recherchée par la méthode de Budin et la non-coexistence d'une grossesse lui donnera une importance considérable. Chez l'homme, on essaiera aussi de la constater en saisissant les pubis entre les doigts et en essayant de les faire chevaucher. Ces manœuvres détermineront le plus souvent une douleur plus ou moins vive.

Il est bien entendu que le squelette devra être exploré avec le plus grand soin et que l'on y trouvera encore des zones douloureuses correspondant au point de départ des lésions.

Les abcès ossifluents qui font saillie au-dessus et en arrière des pubis méritent une mention spéciale par les symptômes qu'ils peuvent déterminer. On a noté une déformation de l'abdomen analogue à celle que l'on observe dans la rétention d'urine, saillie médiane, quelquefois plus développée d'un côté que de l'autre. Cette saillie globuleuse, bien limitée,

douloureuse à la pression, fait manifestement corps avec les parois abdominales où elle est incluse ; elle persiste après le cathétérisme.

La vessie peut être impressionnée par ce voisinage : dans deux observations d'Ollier, nous voyons une cystite se produire, des séquestres tomber dans la vessie et y devenir le noyau d'un calcul. Il peut y avoir rétention d'urine ou difficulté de la miction par la compression de l'urèthre ou sa coudure par un diverticule de l'abcès ossifluent. Le cathétérisme de l'urèthre, la cystoscopie pourront alors donner d'utiles renseignements.

Une ponction aspiratrice pratiquée à ce moment dans la tumeur donne issue à du pus tuberculeux caractéristique, c'est-à-dire à un liquide séreux, contenant en suspension des grumeaux caséux ; à moins que sous l'influence du traumatisme, d'une ponction septique antérieure ou d'une infection de nature endogène, le contenu de l'abcès ossifluent n'ait déjà subi des modifications et ne soit devenu phlegmoneux. Dans ce cas, les altérations de l'état général et la fièvre sont de règle.

C. Fistules. Infections secondaires. — A la suite de la marche envahissante du processus tuberculeux, la peau s'est ulcérée et il s'est formé des fistules. Leur orifice cutané, à bords décollés, fongueux et un peu saillants, permet souvent à lui seul de porter le diagnostic d'affection spécifique tuberculeuse.

Le cathétérisme du trajet permet d'obtenir des renseignements précis sur le point de départ des lésions. Ce cathétérisme doit être fait suivant toutes les règles de l'asepsie et sans violences pour ne pas être nuisible. Le trajet, parfois très sinueux, ne permet pas toujours d'arriver sur les surfaces

osseuses malades, car souvent on vient buter sur des parties fibreuses ou des tissus lardacés. D'autres fois, la sonde cannelée ou le stylet ordinaire sont trop courts pour atteindre l'extrémité du trajet. On pourra se servir alors avec fruit d'un vieux Béniqué d'étain, auquel sa malléabilité permet de donner la direction voulue.

Quand l'on atteint l'os, on peut arriver soit sur des points en proie à l'ostéite raréfiante où le stylet pénètre facilement en rompant les trabécules et donnant une sensation tactile bien spéciale, soit sur un séquestre éburné et mobile ; le stylet rend alors un bruit sec, presque métallique. On peut, en explorant bien le séquestre, se rendre compte de son volume et de sa mobilité.

Le plus souvent, à cette période, les phénomènes changent. Par l'intermédiaire des fistules, le bacille de Koch s'associe aux microbes banaux de la suppuration donnant naissance à de redoutables tuberculoses mixtes à marche rapide. L'un des premiers symptômes est la disparition du pus tuberculeux qui fait place au pus phlegmoneux. La fièvre s'allume, l'état général devient mauvais. Souvent, il se fait des fusées purulentes, des destructions étendues de surfaces osseuses.

CHAPITRE VI

Diagnostic

D'après la description que nous avons faite des symptômes, il s'en faut que le diagnostic de tuberculose pubienne soit toujours facile au moment du début. A une période plus avancée, s'il n'y a pas de fistule, l'origine de l'abcès ossifluent est presque toujours méconnue jusqu'au moment de l'opération, quand ce n'est pas l'abcès ossifluent lui-même qui est pris pour une tumeur ou pour un kyste banal. Mais il semble que le plus souvent, si l'on se trompe, c'est parce que l'on ne pense pas à la possibilité d'une tuberculose du pubis, cette affection étant, somme toute, assez rare et à peine mentionnée dans les livres classiques.

En résumé le diagnostic doit être fait :

1^o Par les commémoratifs.

a. Interrogation du malade sur ses antécédents héréditaires ou personnels ; tuberculose des ascendants ou des personnes cohabitant avec le sujet ; parfois constatation sur d'autres parties du corps de lésions bacillaires indéniables et en particulier de lésions des ganglions lymphatiques.

b. Peu d'importance du symptôme douleur. Caractères de la douleur.

c. Marche lente et insidieuse de l'affection.

2° Par l'examen physique.

A la période de début : gonflement de l'os ; zones limitées douloureuses à la pression.

A la période d'état :

a. Tumeur siégeant soit à la partie médiane prépubienne, soit un peu au-dessus de la grande lèvre et du scrotum, soit à la partie antéro-interne de la cuisse, soit au périnée, soit à l'hypogastre, soit en arrière du pubis où on la perçoit par le toucher rectal ou vaginal.

b. Caractères de cette tumeur : elle est fluctuante dans sa totalité ou par endroits, rattachée par un pédicule à l'articulation ou à l'os malade, adhérente aux tissus sus et sous-jacents. La ponction exploratrice donne issue à du pus tuberculeux type, qui, inoculé à des cobayes, leur confère la tuberculose.

c. Phénomènes de compression ou inflammations de voisinage causés par cette tumeur et en particulier troubles de la miction, cystite.

d. Fistules à bords décollés, fongueux, conduisant sur de l'os dénudé ou un séquestre.

Lorsque la tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne est encore à la période de début il peut être difficile de faire le diagnostic avec :

1° Le rhumatisme simple. Mais dans le rhumatisme il est extrêmement rare que l'articulation pubienne soit lésée et elle n'est jamais lésée seule. S'il s'agit d'une personne notablement tuberculeuse, toute douleur articulaire survenant chez elle doit être tenue pour suspecte.

2° Les douleurs névralgiques. Nous avons vu, en effet, que dans la tuberculose symphyséo-pubienne la douleur s'irradie

souvent suivant le canal inguinal. Mais nous serons guidés ici par les points douloureux de Valleix; en outre, la névralgie ordinaire ne s'accompagne pas de gonflement osseux. Même s'il y avait réellement névralgie il faudrait songer à la possibilité d'une tuberculose. Ne voit-on pas, par exemple, la névralgie sciatique n'être bien souvent rien autre chose que le symptôme avant-coureur d'un abcès ossifluent dû au mal de Pott.

3° La périostite simple ou traumatique. Celle-ci apparaît, en général, peu de jours après le traumatisme et se termine le plus souvent par une résolution rapide. Cependant, chez un sujet prédisposé, elle peut devenir le point de départ d'une tuberculose future se développant sur le lieu même du traumatisme.

4° Les lésions syphilitiques secondaires ou tertiaires. Les douleurs ostéocopes de la syphilis secondaire sont surtout nocturnes et coexistent souvent avec d'autres lésions : céphalée, plaques muqueuses, syphilides cutanées.

Dans la syphilis osseuse tertiaire il n'y a pas de tendance à la suppuration; pas de fongosités, pas de séquestres. Au contraire, il y a élimination du contenu des gommès. Ce sont surtout les os longs et les os du crâne qui sont touchés; le bassin semble doué d'une immunité particulière. Dans les cas douteux, le traitement spécifique, pierre de touche, suffit à faire le diagnostic.

5° L'ostéomyélite. Pendant toute la durée de son évolution, la tuberculose du pubis peut être confondue avec l'ostéomyélite, d'autant plus que la tuberculose et l'ostéomyélite du bassin évoluent toutes deux à la même époque de l'existence (entre 18 et 30 ans).

Le diagnostic est assez difficile au début mais surtout à la fin, pendant la période de fistulisation ; il l'est encore bien davantage dans les cas d'ostéomyélite répondant à la forme dite ostéomyélite prolongée. Cependant si nous en croyons Secheyron, le début de l'ostéomyélite rappelle par ses phénomènes généraux la physionomie clinique de la fièvre typhoïde. Mais la douleur du pubis appelle bientôt l'attention ; elle s'exagère par la pression et est surtout intense si l'affection occupe la face antérieure de l'os. Les mouvements sont pénibles, la marche difficile.

Vers la fin de la première semaine, en général, la situation se dénoue ; la terminaison fatale est très fréquente. D'ailleurs, les autres os du squelette : fémur, tibia, humérus, ne tardent pas à être touchés. Une fois que le pus a trouvé une issue il peut se former des fistules interminables si l'on n'enlève les séquestres qui en sont la cause, séquestres en général toujours beaucoup plus volumineux dans l'ostéomyélite que dans la tuberculose. L'examen du pus renfermant des staphylocoques ne peut être d'aucune utilité, car dans la tuberculose on peut avoir aussi des associations microbiennes où figurent les staphylocoques.

Il est évident que dans des cas aussi bien tranchés le diagnostic est facile ; mais il y a des ostéomyélites évoluant en plusieurs semaines d'une façon subaiguë et dont il est fort difficile de déterminer la nature autrement que par la multiplicité des foyers osseux et la marche de la température qui exécute souvent de grandes oscillations, alors que dans la tuberculose subaiguë la température s'élève rarement au-dessus de 38°.

Le diagnostic de la tuberculose à sa période d'état est

encore souvent difficile : il varie suivant que l'on a affaire à une tumeur ossifluente placée au-dessus ou au-dessous des pubis.

Dans le premier cas on peut hésiter entre :

1° La hernie crurale. Cette faute a été commise par Roland Martin, si nous en croyons Chassaignac. Nous ne nous arrêterons pas à ce diagnostic où la confusion est rendue difficile par la sonorité, la réductibilité totale ou partielle, l'impulsion communiquée par la toux, le siège enfin de la hernie.

2° Les tumeurs sanguines : anévrysmes ou varices. L'abcès tuberculeux peut être en effet soulevé par l'artère et donner l'impression d'un anévrysme, mais il n'y a pas expansion vraie comme dans l'anévrysme ; la compression ne donne ici qu'une fausse réductibilité, sans suppression des battements artériels.

Dans la dilatation variqueuse de la saphène interne, à son abouchement avec les veines profondes, la compression de la veine au-dessous de la dilatation fait disparaître la tuméfaction, la compression au-dessus l'augmente au contraire. Souvent le membre inférieur est le siège d'autres dilatations variqueuses importantes.

3° Les collections séreuses en rapport ou non avec le péritoine : ce sont les hydrocèles, kystes du cordon. Elles ne donneront pas le change à cause de leur situation, de leur évolution, de leur transparence.

La chose pourra être plus difficile chez la femme, dont les grandes lèvres sont souvent le siège d'abcès ossifluents d'origine pubienne. On pourra les confondre alors avec les kystes de la glande de Bartholin. Mais ces kystes se développent à

même la paroi : ils sont, en général, peu volumineux et n'ont surtout pas de prolongement à la partie supérieure des grandes lèvres. Les kystes séreux du canal de Nüek, appelés aussi hydrocèles, sont plus difficiles encore à distinguer. Leur direction peut en effet en imposer. Mais l'absence de symptômes du côté du squelette et surtout la ponction exploratrice donnant issue à un liquide clair et limpide ou quelquefois hématique, lèveront les doutes.

4° Les tumeurs solides, et en particulier les tumeurs demi-molles : lipome, lymphadénome, sarcome.

Le lipome offre bien à peu près la même consistance que l'abcès ossifluent ; il peut même présenter de la fausse fluctuation. Mais il est lobulé, mobile, n'est pas adhérent à la peau.

Le lymphadénome est très rare ; sa consistance est partout la même ; il ne suppure pas ; de plus, il s'accompagne de lésions analogues dans les autres organes lymphoïdes : ganglion, rate, amygdales. L'examen du sang montre une augmentation considérable des globules blancs.

Le sarcome a une marche très rapide ; il cause très vite une déformation considérable de la racine de la cuisse ; il donne lieu à des douleurs très vives ; il est encapsulé et recouvert d'un réseau vasculaire très développé.

Dans tous ces cas, une ponction exploratrice décidera du diagnostic.

5° Il est plus difficile de distinguer les abcès ossifluents du pubis de trois autres affections, tuberculeuses également, mais ayant des points de départ différents : nous voulons parler des abcès migrateurs, symptomatiques du mal de

Pott ou de la coxalgie ; des adénites tuberculeuses suppurées du pli de l'aîne.

Les abcès par congestion du mal de Pott affectionnent, en effet, le pli inguinal, où ils viennent faire saillie au niveau du petit trochanter, en suivant le muscle psoas. Dans ce cas, on en sent le prolongement dans la fosse iliaque et les lésions du rachis par leurs symptômes propres mettent sur la voie.

Dans le cas de coxalgie, il y a impotence fonctionnelle et contractures précoces ; les mouvements de la cuisse s'accomplissent, grâce à des mouvements de suppléance exécutés par l'os iliaque et qui ne se produisent pas dans la tuberculose du pubis où l'articulation est libre. En cas d'attitudes vicieuses dues à des contractures musculaires, l'examen sous le chloroforme peut donner d'utiles renseignements.

Dans le cas d'adénite bacillaire ganglionnaire, la tumeur repose sur une partie indurée : il y a, en général, une pléiade ganglionnaire présentant des altérations spécifiques à différents degrés d'évolution. Le squelette osseux ne présente aucun point douloureux.

Si la tumeur est placée au-dessus du pubis et fait saillie à l'hypogastre ou si elle est placée derrière le pubis et fait saillie dans la cavité du bassin, on peut la confondre avec :

1° La rétention d'urine. Il suffit de sonder le malade pour s'apercevoir que la tumeur conserve son volume et ses rapports ;

2° Les phlegmons dits idiopathiques de la cavité de Retzius. Dans ce cas, il y a, en général, depuis longtemps, des troubles digestifs, sur lesquels M. le professeur Guyon a attiré l'attention : coliques, diarrhée, météorisme ; puis des phénomènes de cystite. A l'inspection, on découvre une

tumeur donnant à la paroi abdominale l'apparence qu'elle prend quand il y a rétention d'urine. A la palpation, empâtement diffus, mal limité, parfois un plastron dur. Les téguments sont sains au début, puis on perçoit une fluctuation profonde. Par le toucher rectal ou vaginal, on atteint une tumeur plus ou moins dure, plus ou moins volumineuse. L'état général est le plus souvent fort mauvais.

Le diagnostic est d'autant plus difficile que, comme nous l'avons vu, les abcès ossifluents partis du pubis ou de la symphyse pubienne, peuvent venir s'ouvrir dans la cavité de Retzius. Nous pensons cependant qu'il sera souvent possible de faire le diagnostic par les commémoratifs, par un examen attentif du squelette et par la marche de la température toujours élevée dans les phlegmons francs de la cavité de Retzius.

3° La myosite infectieuse des droits de l'abdomen. Le diagnostic est encore difficile : c'est surtout en recherchant minutieusement le siège de la douleur, en interrogeant le malade pour savoir s'il n'a pas eu la fièvre typhoïde, dont c'est souvent un reliquat, s'il n'a pas eu de rupture musculaire traumatique, en faisant contracter les muscles grands droits, et en constatant que c'est bien dans leur loge que se trouve la collection, que l'on pourra y parvenir.

4° Les tumeurs liquides ayant pour siège le péritoine (péritonite purulente enkystée, péritonite tuberculeuse).

Dans le cas de péritonite purulente, les phénomènes généraux sont beaucoup plus graves : il y a du météorisme, des vomissements porracés, souvent de l'ascite. La petitesse du poulx, l'algidité sont fréquentes. Les péritonites purulentes enkystées viennent s'ouvrir surtout à l'ombilic.

La péritonite tuberculeuse offre une allure spéciale avec ses alternatives de constipation et de diarrhée, ses gâteaux péritonéaux ; elle s'accompagne souvent d'ascite.

5° Les fibromes de la paroi abdominale. Ces fibromes se développent rarement sur la ligne médiane : ils prennent naissance aux dépens de la crête iliaque, du pubis, de l'arcade de Fallope, de la gaine des muscles grands droits, organes auxquels ils sont rattachés le plus souvent par un pédicule. Mais leur consistance est dure, rénitente ; ils ne présentent pas le phénomène et la fluctuation.

Quand la tumeur fait saillie, surtout en arrière des pubis, il est facile de la confondre avec les tumeurs, heureusement assez rares, qui peuvent s'implanter sur eux :

1° L'exostose (cas de Cooper, de Cloquet, de Bérard, de Robert, de Moreau). Mais la tumeur est très dure, largement implantée sur le pubis ; souvent il y a plusieurs tumeurs, peu volumineuses en général.

2° L'enchondrome (cas de Wirchow, de Pineau, de Guer-sant). On pourrait faire pour lui les mêmes remarques à peu près que pour l'exostose.

3° Le fibrome (cas de Maygrier, de Henry Smith). On a alors une tumeur dure, souvent volumineuse, implantée directement sur l'os où reliée à lui par un pédicule ; pas de fluctuation ; évolution lente ; pas de points osseux douloureux.

4° Sarcome (cas de Picqué). Dans le sarcome, l'évolution est rapide, les douleurs sont vives, la tumeur se développe sur place.

5° Le diagnostic serait enfin à faire avec toutes les tumeurs du petit bassin (fibromes utérins, hématoécèle péri-utérine, kystes de l'ovaire, grossesse simple ou ectopique) ; le médecin

y étant d'ailleurs incité par les malades elles-mêmes, qui rapportent à l'utérus tous les désordres de la partie inférieure de l'abdomen. Le toucher vaginal montre, dans tous les cas de tuberculose du pubis, l'intégrité de l'utérus et de ses annexes, l'utérus étant le plus souvent refoulé contre le sacrum par la collection développée en avant de lui, mais conservant sa mobilité et son volume normal.

CHAPITRE VII

Marche. — Terminaison

La marche de la tuberculose symphyséo-pubienne est ordinairement lente : elle peut mettre plusieurs années à évoluer. Son caractère insidieux et torpide, qui n'en fait que tardivement une affection pénible, la différencie un peu des autres tuberculoses osseuses et articulaires.

Cependant, si nous en jugeons par analogie avec ce qui se passe pour les autres parties du bassin, pour l'ilion ou l'ischion, par exemple, et bien que nous n'en ayons aucune observation, il existe peut-être aussi pour le pubis une forme à marche rapide, à début brusque, simulant l'ostéomyélite. En effet, au niveau de l'ilion et de l'ischion, on observe parfois, surtout chez les enfants, une forme de tuberculose débutant par des frissons, de la céphalalgie, des épistaxis, des douleurs locales très vives. Dans ces cas, si le pus finit par s'ouvrir une voie au dehors, l'affection prend une marche plus ou moins chronique ; si l'écoulement de pus n'est facilité ni par une ouverture spontanée, ni par une ouverture chirurgicale, la mort peut survenir rapidement. Mais ces cas si en désaccord avec la marche habituelle de la tuberculose osseuse, sont extrêmement rares, à moins qu'il n'y ait erreur de diagnostic et qu'il ne s'agisse de lésions bâtarde d'ostéomyélite devenues secondairement tuberculeuses.

Le pronostic des affections tuberculeuses du pubis et de la

symphyse ne nous semble pas très grave. Dans nos observations prises en bloc, il y a 15 guérisons sur 22 cas. Et encore dans presque tous les cas où la maladie eut une issue fatale la terminaison a-t-elle été due à des complications causées par l'accouchement. La forme ostéo-articulaire simple, en dehors de tout état de gestation, semble éminemment curable. Quant aux complications obstétricales, nous nous sommes déjà expliqué sur elles dans un chapitre précédent : nous pensons que leur pronostic est très favorable en cas d'intervention précoce.

Une autre complication grave, mais rare heureusement, c'est l'ouverture ou le développement de l'abcès ossifluent dans la cavité de Retzius. Nous pensons que sa gravité à elle aussi est bien amoindrie maintenant, grâce aux moyens dont dispose la chirurgie.

La guérison spontanée de la tuberculose du pubis nous semble difficile : en effet, nous avons vu qu'elle s'accompagne presque toujours de la production de séquestres, de la formation d'abcès ossiflueurs donnant lieu à des fistules. On sait la gravité entraînée par la présence de ces fistules transformant en tuberculose ouverte une tuberculose fermée, l'infection secondaire étant une des complications les plus redoutables de toute tuberculose et pouvant entraîner la mort.

Une autre terminaison, que nous avons notée dans une de nos observations, et qui n'est pas plus rare sans doute pour la tuberculose du pubis qu'elle ne l'est pour les autres tuberculoses localisées, c'est la généralisation. Cette généralisation pourra se faire sous forme de tuberculose suraiguë granuleuse, infectant profondément tous les viscères, ou simplement sous forme de tuberculose pulmonaire.

CHAPITRE VIII

Traitement

Le traitement de la tuberculose symphyséo-pubienne est celui des tuberculoses osseuses et articulaires en général : nous avons cependant une prédilection pour l'intervention sanglante, plutôt que pour les méthodes dites médicales. En effet, la tuberculose agit en somme, comme nous l'avons vu, à la façon d'une tumeur maligne envahissant les tissus de proche en proche ; la meilleure méthode, pour obtenir une guérison rapide et sûre, consiste dans l'ablation totale de ces produits. Nous savons tout le danger qu'il y a à transformer en foyer tuberculeux ouvert un foyer tuberculeux fermé ; nous comprenons parfaitement qu'en présence d'un abcès ossifluent d'origine vertébrale, le chirurgien hésite et répugne à faire une opération incomplète, comportant le plus grave pronostic pour l'opéré. Mais, dans la tuberculose symphyséo-pubienne, où le chirurgien peut avoir facilement sous l'œil et sous le doigt tout le territoire malade et, n'étant gêné par aucun organe important, peut se flatter le plus souvent *a priori* d'enlever le tuberculome dans sa totalité, l'intervention sanglante nous semble presque toujours indiquée, à la période d'état, comme offrant la guérison la plus sûre et la plus rapide.

Cependant, si l'on a été assez heureux pour dépister l'affection à son début, il nous semble difficile de ne pas essayer les révulsifs et l'immobilisation, ainsi que les pointes de feu profondes, qui donnent de si beaux résultats dans les ostéites et les arthrites des autres régions.

Si l'on était sûr aussi que l'articulation symphysienne fût seule lésée, la méthode sclérogène, pratiquée suivant le procédé Lannelongue, pourrait rendre les plus grands services.

Dans le cas d'abcès ossifluents, on pourra essayer encore les injections modificatrices et surtout les injections d'éther iodoformé. Pratiquées suivant les règles de la propreté chirurgicale moderne, leur innocuité est absolue. Elles ont cependant l'inconvénient d'être douloureuses par la production abondante de gaz, qui distendent fortement la peau et compriment les parties molles. En outre, la nécessité de leur répétition rebute parfois les malades ; elles ne sont, d'ailleurs, pas toujours efficaces, surtout lorsque l'on a affaire à des lésions étendues, à des abcès volumineux.

En tout cas, nous croyons qu'il ne faut pas s'attarder outre mesure à ces procédés, qui peuvent avoir une grosse importance lorsqu'il s'agit de conserver une articulation de première utilité comme celle du genou ou de la hanche, ou l'intégrité d'un os tel que le fémur ou le tibia ; mais qui en perdent un peu, lorsqu'il s'agit d'un cas de tuberculose symphyséopubienne où le pis-aller est la résection totale du pubis et la disparition de la symphyse. Or, l'on est rarement obligé de pratiquer cette résection totale, les lésions étant en général très localisées. D'ailleurs, la résection du pubis n'entraîne guère de troubles plus graves que ceux causés par l'affection elle-même, quand elle est parvenue à un degré aussi avancé

de son évolution. Ajoutons à cela qu'il y a intérêt à intervenir vite avant que la tuberculose n'ait eu le temps de se généraliser ou qu'il ne se soit produit des fusées purulentes multiples.

La marche la meilleure à suivre nous semble la suivante : le malade étant placé sur la table d'opération, les cuisses en abduction, découvrir largement le pubis malade et la symphyse pubienne par une incision en V à pointe émoussée, dont une branche suivra la branche horizontale du pubis et l'autre la branche descendante. On aura ainsi un volet épais de parties molles bien vascularisées, ne courant aucun risque de sphacèle et qui, une fois récliné, permettra d'examiner à loisir l'état de l'os sous-jacent. Une incision supplémentaire, dont la direction sera commandée par celle de l'abcès ossifluent ou des fistules, viendra rejoindre la première. On fera bien de commencer par la dissection plus ou moins facile de l'abcès ; car il y a des points où ses adhérences avec les tissus environnants obligent à sculpter en pleines parties molles. Cette dissection préalable de l'abcès aura pour avantage de faire découvrir son point d'implantation, point où l'os est le plus malade et sur lequel devront porter tous les efforts du chirurgien. Parfois il est possible d'enlever l'abcès dans sa totalité ; s'il vient à se rompre au cours de l'opération, il ne faut pas s'en inquiéter outre mesure et extirper les parois par fragments. Si au lieu d'un abcès ossifluent on avait des fistules, la conduite serait absolument la même : dissection des fistules jusqu'à leur point d'implantation. Si l'on ne pouvait arriver à disséquer l'abcès, on se contenterait d'en curetter les parois, de les modifier par des attouchements avec le chlorure de zinc ou le thermo-cautère ; puis on marsupialiserait la poche pour qu'elle se comble par bourgeonnement.

Le plus souvent l'opération sur l'os se bornera, à une ablation de séquestres. Si l'os était malade sur une grande étendue : il ne faudrait pas hésiter à pratiquer la résection sous-périostée du pubis suivant les principes d'Ollier ; ou même la résection simple, si la première était rendue impossible par l'état du périoste.

La résection du pubis est une opération assez facile, ne présentant pas une très grande gravité. Elle a été pratiquée plusieurs fois pour des tumeurs, des fractures, des ostéites. C'est Mayer, qui, en 1847, pratiqua la première résection totale du pubis, pour tenter de guérir une tuberculose, mais sa résection ne fut pas assez étendue pour empêcher les lésions de se développer. Jules Bœckel, Küster l'ont eux aussi pratiquée pour la même cause. Le malade de Bœckel guérit parfaitement et succomba aux suites d'une autre affection ; celui de Küster, au contraire, sortit de l'hôpital avec une fistule. Nous voyons Ollier pratiquer, en 1863, la résection sous-périostée du pubis avec un plein succès (observation I).

Dans la résection du pubis il y a deux fautes à éviter : la section des corps caverneux, la section de l'artère honteuse interne ou même de l'obturateur. On évitera la première en décollant préalablement à la rugine la racine des corps caverneux, et la seconde en se tenant toujours très près de l'os. La dénudation de l'os, facile en avant, est souvent très difficile à la face postérieure du pubis où il faut souvent se contenter de séparer grossièrement le tissu cellulaire de l'os.

Si la symphyse est malade elle aussi, il faudra la débarrasser de ses fongosités, la curetter, en toucher les parois au chlorure de zinc ou au naphтол camphré.

Il faudra être sobre de sutures ; drainer soit à la Mickulicz, soit avec des drains de caoutchouc, la plaie anfractueuse que l'on aura laissée. En suivant cette méthode l'on obtiendra, croyons-nous, une guérison rapide, sans qu'il y ait besoin de retouches successives comme cela se produit ordinairement en cas d'opération incomplète pratiquée sur le système osseux atteint de tuberculose.

Nous pensons que la seule contre-indication à ce traitement énergique résiderait dans le mauvais état du sujet et surtout dans la coexistence d'une tuberculose pulmonaire avancée faisant de la tuberculose symphyséo-pubienne un simple épiphénomène.

Il est bien entendu que, quelle que soit la méthode employée, on ne négligera pas le traitement général, qui consistera surtout en une alimentation réconfortante, une hygiène sévère, dans l'administration d'huile de foie de morue, de préparations arsenicales ou ferrugineuses. Le séjour au grand air, à la campagne ou au bord de la mer, constituera un adjuvant très utile et pourra, sinon amener à lui seul la guérison, du moins favoriser la convalescence post-opératoire et empêcher les récidives.

OBSERVATION I

(OLLIER)

Arthrite chronique suppurée de la symphyse pubienne. — Ostéite du corps du pubis et de la branche ischio-pubienne. — Fistules multiples et suppuration abondante. — Résection sous-périostée de ces portions osseuses. — Reproduction d'une masse osseuse remplaçant la branche ischio-pubienne et complétant le trou obturateur.

Marie P..., âgée de 28 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 28 mai 1863. Cette malade raconte qu'il y a treize mois environ, elle sentit venir subitement une douleur très vive, dont elle rapporte le siège à la fosse iliaque gauche. Elle s'alita et garda le repos le plus absolu pendant quelques jours. Peu de temps après, une tuméfaction se montra au niveau de la région ischio-pubienne; elle s'accompagna bientôt de douleurs vives et persistantes au niveau de la symphyse pubienne. La tumeur s'ouvrit spontanément et donna issue à une assez grande quantité de pus. La santé générale s'altéra, les règles disparurent, l'amaigrissement se prononça; un nouvel abcès se forma et s'ouvrit au-dessous du premier. Elle entra une première fois dans le service de notre collègue, le docteur Delore, qui fit l'extraction de quelques petites parties nécrosées.

La malade partit soulagée, mais les fistules persistant toujours, elle rentre, le 18 septembre, dans notre service. Elle est très amaigrie, pâle et anémique, le membre inférieur gauche est dans une adduction forcée. Un examen attentif permet de rapporter cette position vicieuse à la contracture des adducteurs et fait rejeter toute lésion de l'articulation coxo-fémorale ou de la colonne vertébrale.

Deux fistules donnant issue à une assez grande quantité de pus s'ouvrent dans le pli génito-crural; les fistules conduisent sur les branches dénudées des pubis et de l'ischion.

Comme la santé générale s'altérait de jour en jour, qu'il n'y avait pas de tuméfaction abdominale profonde, perceptible par le palper ou le toucher rectal, malgré les douleurs qu'éprouvait la malade au moment de la traction et de la défécation, nous nous décidons à intervenir.

L'opération est pratiquée le 25 septembre. On réunit les trajets fistuleux par une incision qu'on prolonge en haut vers le pubis dans une étendue de neuf centimètres. Les parties molles écartées et le périoste incisé, on commence à détacher, avec la sonde-rugine, cette membrane à partir de la branche ascendante de l'ischion; cette portion osseuse enflammée, raréfiée, est retranchée sur une longueur de deux centimètres et demi environ : l'ischion, paraissant sain, est laissé en place.

La sinuosité des trajets fistuleux n'avait permis qu'une exploration incomplète et défectueuse; le stylet, introduit dans la plaie pendant l'opération, arrive dans la symphyse pubienne; celle-ci est détruite en partie, pleine de pus et de fongosités.

Le périoste est décollé sur une plus grande étendue et l'on enlève, en différents temps, toute la branche descendante du pubis, le corps de cet os et même une partie de sa branche horizontale : toutes ces portions sont érodées, mais non nécrosées, et de consistance inégale. Les sections ont été dirigées de telle sorte que, l'opération terminée, la partie externe de la branche horizontale du pubis ne tient plus à sa congénère du côté opposé que par un petit pont osseux taillé obliquement de haut en bas et de dedans en dehors.

L'ischion, examiné de nouveau, parut sain. On avait manœuvré tout le temps sous le périoste, ce qui avait permis de ne point s'occuper des lésions des parties voisines. Les fongosités de la symphyse pubienne sont enlevées, ainsi que celles qu'on trouve dans les trajets fistuleux : on cautérise au nitrate d'argent.

Le 26 septembre. — Pouls à 66. Pas de douleurs, ni dans le bassin, ni dans les fosses iliaques. Les jours suivants la fièvre fut modérée, la plaie fut maintenue ouverte largement pour l'écoulement du pus. On ne détermine pas de douleurs en pressant sur la crête iliaque et en cherchant à rapprocher les pubis l'un de l'autre. Douleurs de névralgie obturatrice.

Le 6 octobre. — Elimination d'un petit fragment d'os nécrosé.

Le 9. — Douleurs assez vives qui font craindre une inflammation pelvienne profonde. Bains de siège, cataplasmes.

Le 14. — La plaie a un très bel aspect, la malade souffre un peu au niveau de la symphyse pubienne : cependant elle peut se lever un moment et faire quelques pas, appuyée sur le bras d'une voisine.

Le 15 novembre. — Il y avait encore une suppuration assez abondante au niveau de l'ischion ; la guérison n'avancait pas ; l'os paraissait friable et ramolli. On cautérisa la partie profonde de la plaie au fer rouge. Cette opération complémentaire n'amena pas de résultats.

La malade se plaint toujours de douleurs sourdes au niveau de l'ischion : la persistance de ces douleurs fait soupçonner une inflammation chronique assez étendue de l'ischion qui, primitivement, avait paru sain.

Plusieurs abcès se forment et s'ouvrent autour de cet os : douleurs névralgiques le long du nerf honteux interne. Malgré toutes ces complications, l'état général de la malade s'améliore cependant ; la marche devient plus facile. Un abcès périrectal s'étant formé et ayant décollé le rectum, on incise celui-ci comme dans l'opération ordinaire de la fistule à l'anus et l'on résèque une portion de l'ischion.

Malgré ces différentes opérations, les douleurs reviennent de temps à autre, tantôt localisées à l'ischion, tantôt s'irradiant dans le membre inférieur ; un instant même on craignit une lésion osseuse au niveau de la grande échancrure sciatique, la malade ayant aussi de vives douleurs au niveau du membre inférieur.

Le doigt, introduit dans le vagin, sentait déjà à cette époque une masse osseuse reproduite au niveau de la branche ascendante de l'ischion ; mais la suppuration continuait aux deux extrémités de la plaie, au niveau de la symphyse en haut, de l'ischion en bas.

Le 17 octobre 1864, nous faisons une dernière opération : nous incisons tout l'espace entre les deux trajets fistuleux persistants, de manière à explorer toute la région malade.

Nous fîmes constater à toute l'assistance la reproduction de la branche ascendante de l'ischion. Le tissu osseux reproduit est dur, paraît éburné ; il a des dimensions à peu près égales en largeur à celles de la portion qu'il remplace, mais il est plus mince. On pénètre jusqu'au niveau de la symphyse d'où l'on retire un petit séquestre ; on sent à ce niveau, en arrière, une membrane épaisse, non osseuse, mais suffisante pour assurer l'union solide du corps des deux pubis et surtout pour protéger la cavité pelvienne contre la propagation des fusées purulentes.

La branche ascendante de l'ischion régénérée se joint à la branche horizontale du pubis, non pas directement, mais en faisant un angle à sinus ouvert en dedans qui rétrécit nécessairement le trou obturateur. Quant au corps du pubis lui-même, il n'est pas possible d'apprécier son état, confondu qu'il est en avant et en arrière avec des trousseaux fibreux de nouvelle formation. On termine l'opération en ruginant la tubérosité de l'ischion ; on cautérise ensuite légèrement les trajets fistuleux. Pansement avec des mèches qui maintiennent la plaie béante.

Cette opération eut de bons résultats. Les douleurs cessèrent, la malade put se lever et marcher une notable partie de la journée.

Le 20 mars 1865. — La malade quitte l'hôpital, marche sans douleurs, en boitant très légèrement. La station assise n'est plus douloureuse ; le bassin est solide et la pression, même forte, exercée sur les épines iliaques, reste indolente. Persistent seules les fistules fournies par la fonte des tissus cellulaires périvaginal et périrectal.

OBSERVATION II

(In Thèse de GUILLOUD)

Ostéites multiples. — L'une siège au niveau de la branche du pubis : première poussée à l'âge de 10 ans. — Seconde poussée à l'âge de 25 ans.

Jean M..., cultivateur, âgé de 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 25 février 1870. Quelques signes de scrofule pendant l'enfance.

A l'âge de 10 ans, le malade, alors berger, eut un abcès dans le sillon inguino-scrotal. Une fistule se forma et ne se cicatrisa que six mois plus tard, après l'issue d'un petit séquestre.

Vers l'âge de 14 ans, ostéite de l'extrémité supérieure du tibia, guérie après dix mois.

C'est au mois de janvier dernier que le malade ressentit de nouvelles douleurs dans le sillon inguino-scrotal. Deux abcès se formèrent, l'un vint s'ouvrir au niveau de la cicatrice de l'ancien abcès, l'autre, à la partie interne de la cuisse, à 11 centimètres du pubis.

Ces deux trajets fistuleux conduisent sur la face antérieure de la branche descendante du pubis dénudée en ce point. État général bon. Le malade ne tousse jamais.

Il sort de l'Hôtel-Dieu le 7 mars.

Une lettre du 25 juin 1883 nous apprend que ces fistules ont suppuré à peu près un mois, que le malade ne s'est pas aperçu de l'issue de séquestres, et qu'il jouit d'une bonne santé.

OBSERVATION III

(In Thèse de GUILLOUD)

Ostéite de la branche descendante du pubis. — Extraction d'un séquestre. — Guérison.

Pierre-Marie C..., âgé de 24 ans, cultivateur à Mornant, reçu à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 19 novembre 1882, entre pour un kyste synovial du poignet.

Il présente en outre une fistule dans le sillon génito-crural droit, à peu près à égale distance entre le pubis et l'ischion. Cette fistule date de 1870 et succéda à un abcès développé à cette époque sans cause appréciable. Le malade n'avait pas reçu de coup, n'avait jamais eu d'affection uréthrale. Un stylet introduit dans la fistule conduit sur la branche descendante du pubis où l'on sent un petit séquestre.

Le 4 décembre 1882, on enlève avec des pinces hémostatiques ce petit séquestre qui a le volume d'un pois. Le 5 et le 6, dilatation de la fistule avec des tiges de laminaire. Le doigt introduit dans la fistule ne sent plus de point osseux nécrosé. Drain et lint. Le malade part le 12 décembre.

Une lettre du mois de juin nous apprend que sa fistule était complètement fermée quinze jours après sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION IV

(CHASSAIGNAC, in *Traité de la suppuration*).

Pseudo-coxalgie due à une nécrose du pubis. — Abcès de la rainure périnéale interne de la cuisse gauche consécutif à une nécrose ischio-pubienne. — Fistule ostéopathique chez un enfant de 11 ans.

Le malade est vu 6 ans après : il semblait qu'il y eut luxation du fémur dans la fosse iliaque externe ; en réalité il y avait déviation du bassin et inclinaison de la colonne vertébrale sur le bassin. Diagnostic : coxalgie.

Exploration attentive de la fistule, existence d'une nécrose du pubis. Séquestre de la grosseur d'une cerise. L'attitude vicieuse était due à une contracture des muscles de la cuisse.

OBSERVATION V

(DUPLAY. — Observation V de la thèse de Pozzi. Paris, 1873.)

Fistule de l'espace pelvi-rectal supérieur due à une nécrose du pubis.

A..., âgé de 9 ans. Bonne santé habituelle. Tempérament lymphatique; atteint de chorée en mars 1869. La maladie était en voie de guérison, quand se montra à l'aîne un abcès sans cause appréciable.

L'abcès s'ouvre spontanément. Trajet fistuleux persistant. Débridement du côté de la marge de l'anوس, injections iodées. Aucun résultat.

Vers le mois de mars incontinence d'urine, d'abord légère, qui augmente graduellement au fur et à mesure que la santé générale s'altère.

En juin 1871, Duplay revoit l'enfant. Sur le bord droit de l'orifice anal et sur la muqueuse du rectum, une ouverture fistuleuse fournissait un écoulement abondant de pus.

L'exploration avec une sonde cannelée ne permet pas d'abord d'atteindre l'os. Après dilatation on arrive sur la face postérieure du pubis droit où l'on sent un séquestre mobile.

Opération pratiquée le 9 décembre 1871. Incision de trois centimètres suivant le bord supérieur du pubis jusque vers la symphyse, puis seconde incision le long de la branche descendante, circonscrivant avec l'autre un lambeau triangulaire permettant de mettre largement le pubis à nu.

Pubis perforé par une cavité assez spacieuse dans laquelle est inclus un séquestre que l'on extrait. Un second séquestre plus profond encore est retiré.

Ces deux séquestres sont oblongs et mesurent 3 centimètres dans leur plus grand diamètre et un demi dans le plus petit. Ils sont très réguliers et poreux.

Drainage cessé au bout de trois semaines. La suppuration se tarit. Disparition de l'incontinence d'urine. L'enfant est complètement guéri.

OBSERVATION VI

(Personnelle, prise dans le Service de M. le Professeur HEURTAUX)

Abcès ossifluents d'origine symphyséo-pubienne ayant déterminé la production, à la partie supérieure et antéro-interne de la cuisse, de deux tumeurs jumelles.

La nommée F... Nathalie, âgée de 30 ans, cultivatrice, entre à la salle 21 de l'Hôtel-Dieu de Nantes, le 30 juillet 1900.

Ses antécédents héréditaires sont nuls. Son père et sa mère sont encore vivants et bien portants, ainsi que deux frères et deux sœurs. Un frère et une sœur sont morts en bas âge d'une maladie que la femme F... ne peut préciser.

Elle habite dans la Vendée une ferme isolée, où comme cela arrive si souvent dans cette région, sont méconnues les règles les plus élémentaires de l'hygiène et où l'entassement des personnes dans une chambre unique crée une disposition éminemment favorable au développement de certaines affections. La santé de la malade était cependant très bonne. Elle ne se rappelle pas avoir eu d'affections graves dans son enfance et a toujours pu vaquer aux rudes travaux des champs. Elle a été réglée à 17 ans et depuis lors n'a jamais présenté aucun trouble du côté des organes génitaux. Elle s'est mariée à 20 ans et a eu coup sur coup quatre enfants dont le plus jeune a 3 ans et demi. Deux ans avant son entrée à l'hôpital elle a fait une fausse-couche de deux mois. Tous ses accouchements se sont passés de la façon la plus normale et n'ont nécessité aucune intervention. La malade a toujours repris très vite ses occupations après avoir été délivrée.

Il y a trois ans la patiente fut prise de douleurs dans la région fessière, des deux côtés. Elle put cependant continuer son travail. C'est alors qu'elle eut sa fausse-couche. Depuis sa santé n'a jamais été très bonne. La marche a toujours été possible ; mais elle amenait assez vite la fatigue.

C'est seulement il y a un an qu'elle s'aperçut d'une saillie anormale au niveau de la partie antéro-interne de la cuisse

gauche. Cette tumeur avait à peu près le volume du pouce. Peu après il en apparut une autre en un point symétrique du côté droit ; celle-ci était moins grosse et avait environ le volume d'une noisette. Elles ne causaient d'ailleurs ni l'une ni l'autre aucune douleur et la malade ne s'en inquiéta pas outre mesure. Elles ne devinrent gênantes qu'un peu plus tard, lorsque leur volume eut augmenté progressivement. Dans les trois derniers mois qui ont précédé l'entrée à l'hôpital elles semblent avoir fait fort peu de progrès.

État de la malade à son entrée à l'hôpital. — La femme F... offre toutes les apparences de la santé. On ne trouve sur elle aucune trace de tuberculose ancienne ou récente. Toutes les fonctions s'accomplissent normalement.

Quand on découvre la malade, on aperçoit deux tumeurs symétriques placées à la partie antéro-interne de la cuisse et ne dépassant pas le sommet du triangle de Scarpa. Leur volume est à peu près celui d'une tête de fœtus à terme : celle de gauche est un peu plus grosse que celle de droite. Leur proéminence à la partie interne cache complètement les grandes lèvres et la vulve et l'aspect général qu'elles donnent à la région est absolument celle que présente la région postérieure du tronc avec les deux fesses, séparées par le sillon inter-fessier.

Ces tumeurs sont assez molles, rénitentes plutôt que franchement fluctuantes. A la périphérie, quelques parties plus dures donnent un peu la sensation de lobulation, qui caractérise le lipome.

La pression exercée sur les os voisins et en particulier sur le pubis n'éveille aucune douleur.

Les deux tumeurs sont, d'ailleurs, elles aussi, indolores. Quoique datant depuis assez longtemps, elles n'ont déterminé aucune altération de la peau qui est saine et mobile.

On pratique une ponction capillaire aseptique qui donne issue à un liquide citrin, très clair. Le diagnostic porté est celui d'abcès froid.

Le 5 août, on fait avec les précautions d'usage l'évacuation du liquide contenu dans la poche au moyen de l'appareil

Potain, et l'on injecte dans les deux cavités une solution d'éther iodoformé au dixième. La malade souffre beaucoup de la distension des parties molles causées par les vapeurs d'éther. Les poches deviennent un peu douloureuses à la pression ; le liquide se reforme avec une grande rapidité. Craignant à juste titre une infection secondaire, M. le professeur Heurtaux se décide à une intervention sanglante qui est pratiquée le 9 août.

Deux incisions symétriques convergeant vers la symphyse, mais s'arrêtant à quelques centimètres au-dessous d'elle, permettent de mettre à nu les parois de l'abcès. La dissection d'abord facile, car comme nous l'avons vu, il n'y avait pas d'adhérence sérieuse à la peau, devient difficile dans les parties profondes. On est obligé d'enlever de nombreuses fibres des moyen et petit adducteurs, qui forment un lit aux tumeurs. C'est au cours de l'opération que l'on s'aperçoit de la présence d'un pédicule reliant les tumeurs au pubis. La branche gauche du pubis est dénudée sur une certaine étendue, le long de son bord inférieur et sur sa face postérieure. Un diverticulum conduit sur la symphyse qui est fongueuse et dont le fibro-cartilage est, en grande partie, disparu. Toutes ces parties sont abrasées à la curette et l'on arrose largement le foyer opératoire d'éther iodoformé. Drainage. Pansement antiseptique.

Les suites opératoires ont été des plus simples. Les drains sont enlevés le quatrième jour, les fils le huitième. La malade sort guérie quinze jours environ après son opération.

Examen histologique d'un fragment de la poche. — Membrane de 5 à 6 millimètres d'épaisseur. Son bord libre est tapissé par une rangée de cellules cylindriques régulières dont quelques-unes sont gorgées d'un liquide abondant, analogue à du mucus. Quelques fibres musculaires striées, dues, comme nous l'avons dit plus haut, à la section de fibres des adducteurs. En quelques points des strates fibrineuses.

Une section de vaisseau fait reconnaître une artère assez volumineuse avec ses trois tuniques. L'épithélium de la couche interne, volumineux, semble un peu proliféré.

En un point de la préparation, des cellules fusiformes abondantes, rappelant en tous points des cellules jeunes de tissu conjonctif en train de s'organiser.

Les follicules sont en très petit nombre. Il y en a cependant deux ou trois bien reconnaissables avec une large cellule rameuse au centre.

OBSERVATION VII

(Due à l'obligeance de M. le professeur HEURTAUX)

Tumeur médiane siégeant au-dessus du pubis et due à une tuberculose de la symphyse pubienne

La femme B..., âgée de 43 ans, des Landes-Gennusson (Vendée), vient me consulter dans les premiers jours d'avril 1900.

Cette femme, bien constituée en apparence, ayant une bonne carnation, n'a eu ni engorgement ganglionnaire, ni pleurésie, ni bronchite suspecte. Elle n'a jamais eu d'enfant.

En définitive, sa santé générale a été bonne; et cependant elle présente une gibbosité pottique très prononcée, angulaire, au milieu de la région dorsale. Cette saillie s'est produite progressivement depuis deux ou trois ans, presque sans douleur, si bien que la malade a pu, sans interruption, s'occuper des travaux de son ménage et se rendre aux foires avec son mari.

Ce n'est donc pas pour cela qu'elle vient consulter, mais pour une grosseur qui occupe le point le plus déclive de l'hypogastre, sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis. Là, depuis 18 mois, s'est développée une tumeur, grosse aujourd'hui comme les deux poings, faisant une saillie hémisphérique. La peau, intacte, est mobile; la matité absolue; la fluctuation très nette. La compression exercée sur la tumeur ne modifie pas son volume. On ne sent aucune démarcation entre la tumeur et les pubis; la consistance

seule permet d'apprécier les limites des os. La pression sur la symphyse détermine une douleur modérée.

La grande lèvre droite, volumineuse, fluctuante, contient une collection qui paraît communiquer avec la poche principale. Rien d'apparent dans la grande lèvre gauche.

On fait le diagnostic d'abcès tuberculeux. Nulle part ailleurs on ne découvre de collection, ni dans les aines, ni dans les fosses iliaques, siège habituel des abcès dus au mal de Pott.

Le 10 avril, pour modifier la poche purulente, on évacue le pus à l'aide d'un trocart de trois millimètres de diamètre et l'on fait dans la cavité une injection de 20 grammes d'éther iodoformé au dixième. On laisse sortir les vapeurs d'éther et le trou du trocart est bouché avec un tampon d'ouate imbibé de collodion.

Le 29 avril : opération. — Incision médiane verticale, sur la tumeur, d'une longueur de dix ou douze centimètres. On tombe dans une vaste poche purulente à parois grisâtres, tomenteuses. A sa partie inférieure, la cavité répond à la symphyse pubienne ; cette articulation est largement envahie par la tuberculose, le tissu osseux détruit à droite et à gauche. Il en résulte une sorte de caverne contenant de petits séquestres. Le tissu osseux, qui forme les parois latérales de cette caverne, ramolli, est largement évidé avec la curette.

La poche purulente envoie, d'autre part, deux prolongements en bas : l'un, dans l'épaisseur de la grande lèvre droite, jusque vers son tiers inférieur, ainsi qu'on pouvait le reconnaître cliniquement ; l'autre, dans la grande lèvre gauche, qui cependant avait paru saine.

Toutes les surfaces malades sont fortement curettées ; une contre-ouverture est faite dans chacune des grandes lèvres et l'on place de chaque côté un drain qui traverse la grande lèvre et sort d'autre part au-dessus du pubis.

Toute la plaie est badigeonnée à deux reprises avec une solution de chlorure de zinc au douzième et arrosée d'éther iodoformé. La plaie est bourrée de gaze iodoformée. Aucun point de suture.

Les suites opératoires ont été très simples : la cavité s'est détergée rapidement ; les parois se sont progressivement resserrées et les drains ont pu être enlevés dans les derniers jours de mai. La guérison était complète le 12 juin.

J'ai eu récemment (août 1900) des nouvelles de cette malade qui se trouve dans un état satisfaisant, mais qui, sur mon conseil, reste toujours dans le décubitus dorsal, à cause de son mal de Pott.

OBSERVATION VIII

(Personnelle, prise sur une malade opérée par M. le professeur VIGNARD, et qu'il eut l'obligeance de nous adresser.)

Tumeur de la région hypogastrique due à une tuberculose, de la symphyse pubienne. — Prolongement le long du muscle pectiné.

Femme P..., âgée de 30 ans. Habite à Nantes dans un quartier ouvrier, très peuplé et malsain, un appartement exigü et mal éclairé.

Ses antécédents héréditaires sont nuls, par contre ses antécédents personnels sont très chargés. De petite taille et de complexion délicate, elle a toujours eu une existence malade. A 3 ans, un abcès ganglionnaire sous-maxillaire d'origine probablement tuberculeuse ; à 18 ans, une fièvre typhoïde grave ; à 26 ans, la variole. Actuellement la malade tousse et a peu d'appétit ; elle a souvent de la diarrhée.

Elle s'est mariée il y a 11 ans avec un homme qui présente actuellement des signes indiscutables de tuberculose pulmonaire assez avancée. Quoique bien réglée, elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses-couches.

Il y a quatre ans et demi environ, elle s'est aperçue de l'apparition d'une grosseur à la région hypogastrique. Cette tumeur, grosse comme une noix tout d'abord, était indolore. Elle ne s'accompagnait d'aucun trouble vésical et n'avait aucune influence sur la marche. Différents médecins consultés à cette

époque portèrent le diagnostic de fibrome de la paroi abdominale, de hernie musculaire, etc. Cependant la tumeur grossissait et atteignait le volume d'un œuf. La malade se décide à entrer à l'Hôtel-Dieu de Nantes au mois de février 1896, dans le service de M. le Professeur Vignard, qui constate une tumeur hypogastrique siégeant au-dessus des pubis, tumeur indolore, sans point osseux douloureux sur le squelette. Une première intervention est faite le 27 février 1896. Elle permet de découvrir une poche médiane sous-aponévrotique contenant du pus tuberculeux. La poche est curettée et drainée.

Le 2 mai 1896, nouvelle intervention. On suit un trajet fistuleux qui conduit sur le pubis gauche dénudé et malade. La symphyse est débarrassée de ses fongosités et curettée ainsi que l'os. Il y avait un prolongement le long du muscle pectiné.

La malade va beaucoup mieux, mais une troisième intervention, insignifiante cette fois-ci et se bornant au traitement d'un trajet fistuleux, est nécessaire pour amener la guérison complète.

Actuellement la malade se trouve bien. Sa jambe gauche se fatigue rapidement; elle éprouve souvent dans les membres inférieurs des irradiations assez douloureuses, qu'elle compare à des névralgies. Elle éprouve de la difficulté pour soulever de lourds fardeaux, ses jambes ployant sous elle, à ce qu'elle raconte. La marche est facile; mais s'accompagne d'un léger balancement qui se produit à chaque pas et n'a pas augmenté depuis le début de l'affection.

En examinant la malade, on constate une cicatrice médiane, blanche, à bords plissés et dissimulée en partie par les poils du pubis; à sa partie inférieure cette cicatrice se prolonge vers le pli inguinal; à ce niveau elle est absolument adhérente à l'os sous-jacent. La branche descendante du pubis est boursoufflée, douloureuse encore à la pression.

La symphyse pubienne présente une mobilité anormale. Les deux pubis semblent reliés entre eux par un trousseau fibreux résistant. La pression au niveau de l'interligne n'est

pas douloureuse, pas plus que la pression pratiquée sur les épines iliaques pour tenter de les rapprocher.

OBSERVATION IX

(OLLIER)

Ostéite du pubis. Troubles du côté des voies urinaires. Extraction d'un séquestre. Disparition de ces symptômes.

Pierre A., âgé de 39 ans, cultivateur, entré à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 13 janvier 1868. Ce malade avait toujours joui d'une bonne santé, lorsqu'il y a trois ans il éprouva des phénomènes morbides du côté des organes génitaux urinaires, sans pouvoir les rattacher à des excès de boisson ou à des excès vénériens. Les urines étaient chargées, très foncées, les mictions plus fréquentes. En outre, dès que l'envie d'uriner se faisait sentir, le malade devait se tenir le canal de l'urèthre serré entre les doigts sous peine de laisser l'urine souiller ses vêtements. Ces phénomènes cessèrent au bout d'un mois et demi environ.

Trois mois après, une tumeur apparut à l'extrémité interne du pli de l'aîne gauche dans le sillon inguino-scrotal. Ce n'est que six mois après son apparition que le malade entre à l'hôpital.

L'abcès est ouvert au bistouri et drainé : il s'écoule un liquide séro-purulent d'odeur fétide. La suppuration fut abondante les semaines suivantes.

Trois mois après, le malade sort de l'hôpital, conservant sa fistule.

Il rentre le 13 janvier 1869. La fistule du sillon inguino-scrotal persiste. Un stylet, introduit, fait constater, à 4 centimètres, un séquestre complètement mobile.

13 février : opération. — Par une incision dirigée dans le sens de la ligne inguino-scrotale, longue de 5 centimètres, on arrive sur l'os. Le séquestre est retenu par un point de périoste ossifié, que M. Ollier fait sauter avec la gouge et le

maillet. Puis, avec des pinces, il extrait le séquestre de forme pyramidale, présentant un centimètre et demi de base sur un de hauteur. On rugine ensuite la cavité du séquestre. Pansement à l'eau de Pagliari.

Suites opératoires très simples. La plaie se ferma peu à peu et le malade partit chez lui dans le courant de mars, dans de bonnes conditions, ne présentant plus aucun trouble du côté des voies urinaires.

OBSERVATION X

(OLLIER)

Ostéite du pubis. Formation d'un calcul autour d'un séquestre tombé dans la vessie. Litholritie. Guérison.

M^{lle} G..., de Montélimar, âgée de 19 ans, vient, en 1871, consulter M. Ollier pour une fistule sus-pubienne. Le stylet rencontrait un point osseux dénudé, non mobile, situé sur la face postérieure du pubis et présentant une étendue de un centimètre environ. L'opération est ajournée à cause de douleurs prévésicales et de la non mobilité de la portion mortifiée de l'os.

La malade part pour Paris et n'est revue que cinq ans après.

Pendant ce temps, elle avait été opérée par un chirurgien de Nîmes, qui lui avait enlevé un séquestre. La fistule sus-pubienne s'était fermée.

La malade se maria alors et ne souffrit pas de quelque temps.

Mais, peu après, apparurent tous les symptômes d'une cystite, douleurs en urinant, mictions fréquentes, urines purulentes. Ces symptômes furent calmés, mais ils durèrent un an environ.

En 1876, un médecin de Montélimar reconnut l'existence d'un calcul et envoya la malade à Lyon. A ce moment, la fistule sus-pubienne était cicatrisée.

Séance de lithotritie morcelant un calcul de 4 centimètres environ. Mais il renfermait un noyau dur qui fut difficilement tiré par l'orifice urétral dilaté.

Grande fut la surprise quand au centre du calcul scié on trouva un fragment de tissu spongieux long de 15 millimètres, large de 8 millimètres.

La malade, interrogée, ne se souvint pas de l'issue de l'urine par la fistule sus-pubienne. Le chirurgien de Nîmes, interrogé, assura que la vessie n'avait pas été touchée par son opération.

Guérison absolue.

OBSERVATION XI

(TRÉCOURT. — Mémoires et observations de Chirurgie, 1769. — In thèse Poisson.)

Fille de 22 à 23 ans, ayant mis les pieds dans l'eau froide pendant qu'elle avait ses règles, eut, trois ou quatre mois après, un abcès à la cuisse : il suppura environ un an ; puis il s'en forma un autre au-dessus de l'os pubis : douleurs atroces. Au bout de quelques jours, suppuration nette. Incision à droite à deux doigts de la ligne blanche. Vaste cavité. Contre-ouverture au même niveau à gauche.

Quelques jours après, section de la ligne blanche par un autre chirurgien : hémorragie, issue d'urine. Impossibilité d'uriner à moins de presser avec la main la région de la vessie.

OBSERVATION XII

(*Bulletin Société anatomique de Paris*, 1839. — GUÉNEAU DE MUSSY.)

Malade entré à l'hôpital avec un engorgement de la région inguinale gauche. Abcès, ponction à laquelle succède une fistule par laquelle le stylet pénétrait jusque derrière la symphyse pubienne. Le malade mourut de résorption purulente. Derrière la symphyse, qui est rugueuse et dont le

ligament est altéré, se trouvait un abcès considérable communiquant avec la cavité péritonéale par une large ouverture située au-dessus de la vessie. Le pus se serait épanché dans le péritoine sans un tampon formé par l'épiploon qui oblitérait l'ouverture. Pendant la vie, la marche était facile, sans douleur ni mobilité apparente de la symphyse.

OBSERVATION XIII

(BOYER. — Maladies chirurgicales)

Une femme de la campagne reçut un violent coup de pied d'une vache dans la région du pubis. Un an après cet accident, l'hypogastre se tuméfia au point que cette femme paraissait enceinte. Au bout de 11 mois, elle mourut dans le marasme et la consommation. A l'ouverture du corps, on trouva environ trois litres d'une matière visqueuse et fétide épanchée dans l'abdomen. La vessie présentait un volume considérable qui dépendait d'un dépôt de pus fétide situé entre les tuniques de ce viscère dont l'interne était intacte. (J. HELWIG. — *Obs. physico-medicae-postumæ.*)

OBSERVATION XIV

(GLENN. — *The Lancet*, 7 octobre 1893.)

Jeune femme de 23 ans, mère de 3 enfants. Entre à l'hôpital le 28 juin 1893. Température, 37°4. Enfant de 9 livres après 7 heures de travail. Le lendemain, douleur au niveau du mont de Vénus. Mouvements du membre inférieur douloureux.

Le soir de la délivrance, température 37°2.

Six jours après, température 40°. Les douleurs s'accroissent, la suppuration apparaît et la malade meurt le 14 juillet.

Autopsie. — Rupture de la symphyse avec suppuration abondante entre les disques cartilagineux, d'apparence tuberculeuse.

OBSERVATION XV

(Grenser Monatschrift für Geburtskunde T XII, citée par DUHRSEN)

Ouvrière en fabrique de Dresde. Vers le milieu de sa grossesse elle aurait été violée par un cavalier de la Garde et à cette occasion aurait reçu un violent coup de sabre dans la région de la symphyse. Douleur violente au début, qui ne disparut jamais et s'accompagna d'une faiblesse progressive des jambes qui ne lui permettait plus de marcher 15 jours avant son accouchement.

Le 13 février, accouchement d'un fœtus de 7 mois et demi. Peu de temps après l'accouchement les douleurs au niveau de la symphyse s'accroissent. L'état général devient mauvais, la température s'élève. Mort de pyohémie.

Autopsie. — Vaste abcès prépéritonéal, s'étendant à gauche jusqu'à l'épine iliaque antéro-supérieure, en bas jusqu'au dessous du pubis et gagnant à droite la région inguinale. L'articulation de la symphyse est complètement détruite et baigne dans le pus.

Branche horizontale et descendante du pubis gauche complètement dénudée et rugueuse au doigt.

OBSERVATION XVI

Wahl (Bayr. Aerztliches Intelligenzblatt 1877, n° 4. — in thèse RUDAUX)

Primipare de 38 ans. Présentation du sommet. Application de forceps. Le médecin examinant l'accouchée constate l'existence d'une rupture de la symphyse et pénètre entre deux surfaces osseuses rugueuses. Le doigt était non pas dans le vagin, mais dans l'urèthre déchiré à sa partie supérieure.

Bassin normal.

Esquilles osseuses éliminées par l'urèthre, guérison en six semaines.

Wahl attribue la rupture à une nécrose des pubis.

OBSERVATION XVII

(Kostlein Diss. inaug. Tubingen 1880, citée par DUHRSEN)

(RÉSUMÉE)

M^{me} L... Bassin rétréci. Céphalotripsie. — Infection puerpérale. Morte d'œdème du poumon.

Autopsie. — Œdème du poumon, bronchite chronique avec hémorragie et dilatation des petites bronches.

Foie volumineux, congestionné.

Endométrite.

A la face postérieure de la symphyse et de la branche horizontale du pubis droit, un abcès contenant du pus fétide. La face postérieure du pubis droit était rugueuse et son cartilage articulaire détruit.

Les deux pubis sont séparés par un intervalle de 1 centimètre et demi. L'os est nettement érodé au niveau de la rupture.

Pas de lésions du vagin ni de la vessie.

OBSERVATION XVIII

(Phœnomenow, Saint-Petersbourg — in revue de HAYEM, 1883, p. 1941)

Femme de 30 ans, primipare. Cyphotique à la suite d'une chute.

Accouchement à terme. Forceps. Tractions modérées. Rupture de la symphyse. Déchirure du périnée et de la paroi vaginale antérieure mettant à nu les pubis dénudés et séparés. Mort au bout de 48 heures, de péritonite.

Autopsie. — Fracture au point de jonction de la symphyse avec la branche gauche du pubis.

L'examen microscopique montre une altération profonde du cartilage et des os au voisinage de la fracture. La substance fondamentale du cartilage est infiltrée régulièrement et par places, de granulations calcaires, les éléments

figurés sont en voie de prolifération et l'on remarque, soit dans les capsules, soit dans le tissu intercellulaire, des groupes de jeunes cellules de nouvelle formation. Le cartilage a perdu son élasticité. Le tissu osseux contigu au cartilage, présente des dépôts de jeunes cellules offrant le caractère du tissu des granulations : il est tellement friable qu'il se laisse couper facilement par le scalpel.

OBSERVATION XIX

(HARAJERVICZ, *Wiener, Medic.-Blatter*, 1891, n° 8, résumée)

Femme de 20 ans, admise le 24 avril, dans le service de gynécologie de Cracovie.

Accouchée le 31 mars : le 14 avril, la malade se lève, difficultés de la marche et douleurs dans le bas ventre.

Le 24 avril, abcès de la petite lèvre gauche. Une sonde introduite permet d'atteindre le pubis dénudé et rugueux.

Infection secondaire de la poche. Broncho-pneumonie durant douze jours.

Le 25 mai, opération. Disjonction de la symphyse pubienne. Trois clapiers purulents : un dans la région inguinale droite, un dans la région inguinale gauche, un derrière la symphyse pubienne.

Curettage des parties osseuses dénudées, lavage phéniqué, tamponnement à la gaze iodoformée, drainage.

La malade sort guérie, le 6 août, marchant facilement.

OBSERVATION XX

(In thèse RUDAUX, résumée)

Jeanne P..., cuisinière, 35 ans, entrée dans le service du Docteur Maygrier, à la Charité, le 5 mai 1898.

Antécédents. Cinq grossesses avec accouchements spontanés à terme et enfants vivants. Actuellement il ne lui en reste qu'un

âgé de 8 ans. Le premier est mort de bronchite à 13 ans, le deuxième à 22 mois de cause inconnue, le troisième enlevé par le croup, le cinquième par une méningite.

- Pendant sa grossesse actuelle au troisième mois, elle est tombée sur le dos en descendant du tramway, chute suivie pendant trois ou quatre jours, d'une douleur dans la région pubienne. Depuis cet accident, elle a toujours éprouvé une certaine difficulté à se lever lorsqu'elle était assise, accompagnée d'un léger engourdissement; la marche n'était pas douloureuse.

Le 15 avril, la malade a probablement un érysipèle de la face.

A la fin d'avril, en sortant de son lit, elle ressent une douleur aiguë au niveau de la symphyse du pubis; elle ne peut faire un pas et s'affaisse sur une chaise voisine. On l'amène à l'hôpital. Décubitus dorsal indolore, mouvements des membres inférieurs, douloureux. Léger mouvement fébrile le soir, disparition de l'appétit.

La malade accouche le 11 mai. Expulsion assez facile et naturelle d'un fœtus de 2.230 grammes.

Le troisième jour, la douleur pubienne augmente et la malade remarque une tumeur dans la région hypogastrique. Elle passe dans le service du docteur Campenon.

A la région sus-pubienne, on remarque une tuméfaction, qui remonte à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic, elle est dure, fluctuante. Par le toucher, masse volumineuse, étalée, prévésicale et refoulant en arrière la vessie.

M. Campenon fait une incision de huit centimètres sur la ligne médiane. Écoulement d'une grande quantité de pus bien lié, assez liquide, de couleur verdâtre. Les deux pubis sont complètement séparés, l'index passe entre les surfaces articulaires et descend ainsi jusque derrière le clitoris. L'épine pubienne gauche est dénudée ainsi que l'angle du pubis.

Le 20 juin, la malade présente encore un clapier derrière le grand droit gauche. La symphyse semble consolidée par un bourrelet fibreux.

OBSERVATION XXI

ULSAMER (N. Zeitschrift f. Geburtskunde. Berlin 1835, p. 217.)

In th. RUDAUX.

K. B..., 32 ans.

Pas de maladie antérieure. A l'âge de 29 ans, chute sur le côté qui l'oblige à garder le lit pendant dix semaines.

La malade eut ensuite une fausse couche. Douleurs violentes dans le bassin avec impossibilité de marcher. Elle se rétablit incomplètement. Marche difficile.

Bassin rétréci. Application de forceps en gauche antérieure. Craquement dans le bassin pendant l'extraction. Déchirure de la paroi vaginale antérieure.

Dans la nuit, douleurs très vives dans l'articulation sacro-iliaque gauche et pubienne.

Mauvais état général, infection utérine. Mort le 16^e jour.

Autopsie. — Les deux extrémités pubiennes sont distantes de 1/2 pouce ; tout autour de la symphyse un cloaque purulent d'odeur infecte. L'appareil cartilagineux et ligamenteux de la symphyse est presque complètement détruit, le pubis droit est complètement dénudé.

OBSERVATION XXII

(*Médical Zeitung*, Berlin, 1857, t. 26, p. 6.)

F. F..., 32 ans, tuberculeuse. Après un accouchement, douleur à droite et au-dessus du mont de Vénus. Au bout de quelque temps, violent frisson suivi de chaleur. On constate à droite, un peu au-dessus de l'épine du pubis, une tumeur d'environ 1/2 pouce carré, dure et résistante au toucher, douloureuse à la pression.

Au bout de cinq semaines, la tumeur augmente ainsi que la douleur et la fièvre. Pus fétide en grande quantité. Guérison.

OBSERVATION XXIII

(PICQUÉ, *Bulletin Société Chirurgie*, t. XX, p. 745)

Ostéosarcome du pubis droit avec envahissement de la branche horizontale descendante. — Résection étendue du pubis. — Marche facile au bout d'un mois.

Hélène B..., 41 ans.

Pas d'antécédents héréditaires.

A 24 ans, grossesse normale.

Il y a 10 mois, à la suite d'un effort considérable, douleur au niveau de la crête pectinéale, douleur augmentant pendant la marche et diminuant pendant le repos.

Le 14 juillet, elle reconnut l'existence d'une tumeur au niveau du pubis; trois semaines après, douleurs violentes forçant la malade à s'aliter.

A son entrée à l'hôpital, tumeur du volume du poing, au niveau du pubis droit et faisant une saillie notable au-dessus de la branche horizontale du pubis correspondant. Du côté de la branche horizontale, limites indécises; au contraire, à gauche, elle s'arrête bien au niveau de la ligne médiane. Le toucher vaginal permet de constater l'intégrité absolue de la face postérieure du pubis. Pas de troubles vésicaux. Etat général excellent, pas d'amaigrissement.

Opération. — Incision transversale le long du pubis, sur une longueur de 6 centimètres; à ses deux extrémités, incision verticale de 4 centimètres; mise à nu de la symphyse pubienne; désinsertion du grand droit de l'abdomen, du ligament suspenseur du clitoris, du droit interne; symphyséotomie; décollement à la rugine des premier et deuxième adducteurs, de la partie la plus interne du muscle obturateur, de l'extrémité interne du muscle pectiné; section de l'os avec le ciseau.

Drainage pendant deux jours. Réunion par première intention. Marche facile.

CONCLUSIONS

I. — La localisation de la tuberculose sur la symphyse pubienne et le pubis est rare ; mais elle acquiert une certaine importance par ce fait qu'elle est souvent méconnue et peut donner lieu à des erreurs de diagnostic.

II. — Elle s'accompagne fréquemment de la production d'abcès ossifluents formant tumeurs et ayant pour siège de prédilection la partie antéro-interne de la cuisse et la région hypogastrique immédiatement au-dessus des pubis. Elle entraîne avec elle peu de troubles fonctionnels.

C'est une cause sans doute assez fréquente de disjonction de la symphyse au cours du travail mécanique de l'accouchement.

IV. — Sa gravité en dehors de l'état de gestation n'est pas très grande.

V. — Le meilleur traitement pour la combattre consiste dans l'intervention sanglante avec dissection des trajets fistuleux ou des parois de l'abcès ossifluent ; ablation des séquestres ou même résection du pubis en cas de lésions étendues ; destruction des fongosités et curettage de la symphyse.

Vu : le Doyen,

P. BROUARDEL.

Vu : le Président de Thèse,

F. GUYON.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- BOUILLY : Tumeurs aiguës et chroniques de la cavité prévésicale (cavité de Retzius). Thèse d'agrégation. Paris, 1880.
- BUDIN : Traumatismes de la femme dans les accouchements artificiels. Thèse d'agrégation, 1878, page 139.
- BULLETINS SOCIÉTÉ ANATOMIQUE : Tome XIV, page 10, mars 1839.
- BUSCH : Gunsb. Zeit., Breslau, 1857, tome III, page 346.
- BAGG : Idiopathic necrosis of pubic bones. Homœop. méd. soc. N. Y. 1880, tome I.
- CASTANEDA Y CAMPOS : Du phlegmon de la cavité prépéritonéale de Retzius. Thèse de Paris, 1878.
- CHASSAIGNAC : Traité de la suppuration, tome II, page 664.
- DAURIAC : Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius. Thèse de Paris, 1895.
- DUBOIS : Quelques considérations sur la marche des affections articulaires pendant la grossesse. Thèse de Paris, 1879.
- DUPLAY et RECLUS : Traité de chirurgie, tomes II et III, articles de Poncet sur l'ostéo-tuberculose et les arthrites tuberculeuses.
- DUPLAY et FOLLIN : Traité de pathologie externe, tome VI, page 346.
- FARABEUF : Précis de médecine opératoire. Nouvelle édition. Chapitre symphyséotomie.
- FRAISSE : Disjonction de la symphyse pubienne. Thèse de Paris, 1882.

- FLEURY : Ostéomyélite de l'os iliaque. Thèse de Paris, 1886.
- GÉRARDIN : Recherches sur la cavité préperitonéale de Retzius et son inflammation. Thèse de Paris, 1879.
- GUYON : Gazette des Hôpitaux, 1891, page 1262.
- Gazette des Hôpitaux, 1879.
- Progrès Médical, 1885.
- GOUILLOUD : Ostéites du bassin au point de vue de leur pathogénie et de leur traitement. Thèse de Lyon, 1883.
- HAYEM : Revue des Sciences médicales, tome XI, page 180 ; tome XXXV, page 557 ; tome XXXIII, page 651.
- HEURTAUX : Bulletins et mémoires à la Société de Chirurgie, 1877.
- IRESO : De l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur les ostéo-arthrites. Thèse de Paris, 1883.
- KIENER et POULET : Archives de physiologie, 1883.
- LANNELONGUE : Mémoires de la Société de Chirurgie, années 1878-1882.
- LE DENTU : Traité de chirurgie. Tome I, page 353. Article abcès froid.
- MACAREZ : Contribution à l'étude de la loge de Retzius et des phlegmons qui s'y développent. Thèse de Lille, 1881.
- MAUCLAIRE : Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses et de leur traitement. Thèse de Paris, 1893.
- Article ostéo-tuberculose, in t. II du traité de chirurgie Le Dentu et Delbet.
- MOTY : Comptes-rendus de la Société de chirurgie, in Revue de chirurgie. Année 1890.

- OLLIER : Traité des résections, tome III, page 927.
— Traité de la régénération des os, t. II,
 page 180.
- PAUZAT : Gazette médicale, 1880-1883.
- PFAYFAIR : Case of necrosis of the pubic bones
 following delivery. Transac. Obst. Soc.
 London. 1773. XV. 219-221.
- POISSON : Phlegmons de la paroi abdominale anté-
 rieure. Thèse de Paris, 1877.
- POZZI : Fistules de l'espace pelvi-rectal supé-
 rieur. Thèse de Paris, 1873.
- POIRIER : Anatomie descriptive. Tomes I et II.
- RICHET : Anatomie des régions. Article périnée.
- RUDAUX : Rupture de la symphyse pubienne pen-
 dant l'accouchement. Thèse de Paris,
 1897.
- TARNIER : Traité de l'art des accouchements.
 Tome III, page 358.
- Traité de l'art des accouchements.
 Tome II, page 258.
- TESTUT : Anatomie descriptive. Tome III
- TILLAUX : Anatomie des régions. Article périnée.
- VAUSSY : Phlegmons sous-péritonéaux de la paroi
 abdominale antérieure. Thèse de Paris,
 1875.
- VILLIERS : Des terminaisons du phlegmon périvé-
 sical. Thèse de Nancy, 1885.
- WISARD : Carie extra-articulaire des os du bassin.
 Thèse de Genève, 1886.
- ZWICKE : Charité Annalen, 1882, tome XII, page 539.
-

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS	9
CHAPITRE I. — Région pubio-périnéale antérieure....	11
CHAPITRE II. — Etiologie et pathogénie de la tuberculose symphyséo-pubienne	24
CHAPITRE III. — Anatomie pathologique	34
CHAPITRE IV. — L'arthrite tuberculeuse de la symphyse pubienne pendant l'accouchement....	43
CHAPITRE V. — Symptômes de la tuberculose du pubis et de la symphyse pubienne.....	50
CHAPITRE VI. — Diagnostic	58
CHAPITRE VII. — Marche. — Terminaison	68
CHAPITRE VIII. — Traitement	70
OBSERVATIONS	75
CONCLUSIONS	99
INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.....	100



